



Escola Superior de Educação João de Deus

Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em  
Domínio Cognitivo-Motor

## **AS CONCEÇÕES DOS PROFESSORES ACERCA DA DEFICIÊNCIA MENTAL**

Bruno Miguel Magalhães de Melo

Lisboa, abril de 2013



Escola Superior de Educação João de Deus

Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em  
Domínio Cognitivo-Motor

## **AS CONCEÇÕES DOS PROFESSORES ACERCA DA DEFICIÊNCIA MENTAL**

Bruno Miguel Magalhães de Melo

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação João de  
Deus com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências da  
Educação na Especialidade de Educação Especial: Domínio  
Cognitivo e Motor sob a orientação da  
Professora Doutora Maria Cristina Ferreira Saraiva Pires Gonçalves

Lisboa, abril de 2013

## Resumo

A deficiência mental é uma das problemáticas com mais incidência no âmbito das Necessidades Educativas Especiais e é muitas vezes detetada em idade escolar. Perante este cenário, considerou-se importante perceber as concepções dos professores acerca da deficiência mental, verificando-se se essas concepções eram influenciadas pelo tipo de formação em deficiência mental e pela experiência na leção de alunos com essa problemática. Reuniu-se informação relevante sobre a deficiência mental e, por não haver nenhum questionário validado adequado aos objetivos da investigação, elaborou-se o instrumento para recolha de dados a partir do enquadramento teórico, de forma a ser aplicado a uma amostra da população - professores do ensino público não superior da ilha Terceira, nos Açores. Os resultados revelam divergência das concepções dos docentes em alguns assuntos, relativamente ao que é referido no suporte teórico. A análise de resultados também nos diz que a associação das concepções sobre deficiência mental com o tipo formação ou com a experiência não é tão significativa como se tinha previsto nas hipóteses levantadas. Mesmo assim, o estudo indica uma relação de dependência entre o tipo de formação em deficiência mental e o conhecimento acerca das causas da problemática, assim como demonstra que a procura de conhecimentos sobre a deficiência mental está associada à experiência na leção de alunos com essa problemática.

**Palavras-chave:** Deficiência mental, QI, Comportamento Adaptativo, Concepções dos professores.

## **Abstract**

Mental disability is one of the most problematic with incidence under the Special Educational Needs and is often detected in school. Given this scenario, it was considered important to realize teachers' conceptions about mental disability, verifying if these conceptions were influenced by the type of training in mental retardation and experience in the teaching of students with this problem. Gathered relevant information on mental disability and, because there is no validated questionnaire appropriate to the aims of the research, developed the instrument for data collection from the theoretical framework, to be applied to a sample of the population – public school teachers of Terceira island in the Azores. The results reveal diverging conceptions of teachers in some subjects, relative to what is stated in the theoretical support. The analysis results also tell us that the combination of the concepts of mental deficiency with type training or experience is not as significant as we had expected on the hypothesis. Still, the study indicates a dependency relationship between the type of training in mental retardation and knowledge about the causes of the problem, and demonstrates that the search for knowledge about mental deficiency is associated with experience in teaching students with this problem.

**Keywords:** Mental retardation, IQ, adaptive behavior, teachers' conceptions.

## **Agradecimentos**

Ao professor doutor Horácio Saraiva, pelo desafio.

À professora doutora Cristina Saraiva, pela paciência.

À professora Lucília Ávila, pela ajuda no suporte teórico.

Às minhas colegas da escola de Santa Rita, pela sua atenção.

À educadora Mafalda, pela ajuda na metodologia da investigação.

À Dr.<sup>a</sup> Lúcia Oliveira do Centro de formação de Associação de escolas Terceira, São Jorge e Graciosa, pela enorme disponibilidade.

À Direção Regional da Educação, pela divulgação do estudo junto dos conselhos executivos da ilha Terceira e pela disponibilização dos dados.

Aos conselhos executivos das escolas da ilha Terceira, pela divulgação do estudo junto dos colegas.

Aos 212 colegas da ilha Terceira, pela colaboração no preenchimento do questionário.

...À minha esposa, por TUDO.

## **Lista de Abreviaturas**

AAMR - Associação Americana de Deficiência Mental

CA – Comportamento Adaptativo

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade e Capacidade

DM – Deficiência Mental

DROP – Direção Regional de Orientação Pedagógica

DSM-IV - Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders 4<sup>th</sup> edition

EBI – Escola Básica Integrada

EBS – Escola Básica e Secundária

EE – Educação Especial

INR – Instituto Nacional para a Reabilitação

NEE – Necessidades Educativas Especiais

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEI – Programa Educativo Individual

QI – Quociente intelectual

RAA – Região Autónoma dos Açores

RTP – Relatório Técnico-Pedagógico

SREC – Secretaria Regional da Educação e Ciência

SRECC – Secretaria Regional da Educação, Ciência e Cultura

# Índice Geral

Resumo .....	iv
Abstract .....	v
Lista de Abreviaturas .....	vii
Índice de Tabelas .....	x
Índice de Figuras .....	xiii
 INTRODUÇÃO .....	 14
 PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	 16
1. Deficiência Mental .....	17
1.1. Perspetiva Histórica .....	17
1.2. Definição de Deficiência Mental .....	19
1.3. A Abordagem Psicométrica na Deficiência Mental .....	24
1.4. Comportamento Adaptativo.....	27
1.5. Classificação da Deficiência Mental .....	29
1.5.1 Classificações e Graus da Deficiência Mental.....	29
1.5.2. Classificar ou não classificar? .....	33
1.6. Prevalência da Deficiência Mental .....	36
1.7. Causas da Deficiência Mental.....	37
1.7.1. A influência do meio ambiente na Deficiência Mental .....	41
1.7.2. A influência dos Fatores Biomédicos na Deficiência Mental.....	44
1.7.3. A influência da hereditariedade na Deficiência Mental .....	45
1.8. Estratégias e Adaptações Educativas .....	46
1.8.1. Na Deficiência Mental Ligeira .....	47
1.8.2. Na Deficiência Mental Moderada .....	49
1.8.3. Na Deficiência Mental Grave e Profunda .....	52
1.8.4. Súmula .....	53
2. Os professores e as NEE .....	55
2.1. A formação dos professores em NEE .....	55
2.2. Papel do professor de Educação Especial.....	56
2.3. A situação na ilha Terceira.....	58
2.4. Os professores, a deficiência mental, a formação e a experiência – alguns estudos.....	60



PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....	62
1. Metodologia da Investigação .....	63
1.1 Problema e Objetivos.....	64
1.2. Hipóteses e Variáveis .....	65
1.3. Instrumento da Investigação .....	66
1.3.1. Fiabilidade .....	68
1.3.2. Validade.....	69
1.4. Cronograma.....	70
1.5. Protocolo de recolha e aplicação de dados.....	71
1.6. Dimensão e critérios de seleção da amostra.....	71
1.6.1. População-alvo .....	71
1.6.2. Amostra .....	73
1.7. Ética de pesquisa .....	74
1.8. Procedimentos estatísticos .....	74
2. Apresentação de Resultados .....	76
2.1. Caracterização geral do universo da amostra .....	76
2.2. Resultados obtidos com o questionário.....	79
3. Discussão de Resultados .....	116
 CONCLUSÕES .....	 123
Limites ao estudo.....	125
Linhas futuras de Investigação .....	126
 BIBLIOGRAFIA.....	 127
 APÊNDICE .....	 131

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Graus da deficiência mental .....	30
Tabela 2 – Distribuição dos professores de Educação Especial nos Açores, no ano letivo 1988/1989 .....	58
Tabela 3 – Via da formação dos professores de Educação Especial nos Açores, no ano letivo 1988/1989 .....	59
Tabela 4 – Coeficientes de fiabilidade Alfa de Cronbach no Pré-Teste obtidos nas subescalas .....	68
Tabela 5 – A medida de KMO e esfericidade de Bartlett das subescalas .....	69
Tabela 6 – Matriz de saturação dos itens nos fatores para solução rodada Varimax com três fatores. Inclui valores próprios, % da variância explicada e % cumulativa.....	70
Tabela 7 - Cronograma da Investigação.....	70
Tabela 8 – Professores em exercício, incluindo contratados a termo certo, nas escolas públicas da ilha Terceira (população-alvo).....	72
Tabela 9 – Distribuição dos professores dos quadros das escolas públicas da ilha Terceira .....	73
Tabela 10 - Características sociodemográficas da amostra.....	77
Tabela 11 – Caracterização da amostra quanto ao tipo de formação em deficiência mental e quanto à experiência na leção de alunos com deficiência mental .....	78
Tabela 12 – Associação entre o tipo de formação em deficiência mental e experiência na leção de alunos com deficiência mental .....	78
Tabela 13 – Grau de concordância com a afirmação “A deficiência mental poderá ocorrer em qualquer fase do desenvolvimento do cérebro” .....	80
Tabela 14 – Grau de concordância com a afirmação “Conhecendo as causas da deficiência mental, pode prevenir-se o desenvolvimento da problemática” .....	82
Tabela 15 – Grau de concordância com a afirmação “Os fatores genéticos são os principais causadores da deficiência mental” .....	83
Tabela 16 – Grau de concordância com a afirmação “A deficiência mental está dissociada do ambiente” .....	84
Tabela 17 – Distribuição da amostra relativamente ao principal causador da deficiência mental .....	85
Tabela 18 – Associação entre as variáveis por itens de Causas da DM .....	86
Tabela 19 – Grau de concordância com a afirmação “O teste de QI é fundamental no diagnóstico da criança com deficiência mental” .....	87

Tabela 20 – Grau de concordância com a afirmação “Uma criança considerada DM poderá deixar de o ser se mudar de ambiente” .....	88
Tabela 21 – Grau de concordância com a afirmação “A criança com DM pode ser identificada pelas suas características físicas” .....	89
Tabela 22 – Grau de concordância com a afirmação “A agressividade é uma manifestação característica das crianças com DM” .....	90
Tabela 23 – Distribuição da amostra relativamente à opinião acerca da deficiência mental atingir as crianças dos estratos sociais mais baixos.....	92
Tabela 24 – Associação entre as variáveis por itens de Características da DM.....	93
Tabela 25 – Grau de concordância com a afirmação “A escola e os professores são fatores importantes na delineação da intervenção do aluno com DM” .....	94
Tabela 26 – Grau de concordância com a afirmação “Para as estratégias de intervenção, deve-se ter em conta o ambiente em que o aluno com DM está inserido” .....	95
Tabela 27 – Grau de concordância com a afirmação “Dada a problemática do aluno, os projetos de futuro de um jovem com deficiência mental devem ser desconsiderados na delineação da intervenção” .....	96
Tabela 28 – Grau de concordância com a afirmação “O aluno com DM deverá ter uma formação orientada para um futuro posto de trabalho específico” .....	98
Tabela 29 – Associação entre as variáveis por itens de Estratégias de intervenção na DM.....	98
Tabela 30 – Distribuição da amostra relativamente aos fatores de que devem depender a intervenção educativa nos casos de DM.....	99
Tabela 31 – Grau de concordância com a afirmação “É importante que todos os professores tenham conhecimentos acerca da DM” .....	101
Tabela 32 – Grau de concordância com a afirmação “Seria benéfico que as ações de formação contemplassem a temática da DM” .....	102
Tabela 33 – Grau de concordância com a afirmação “O RTP informa convenientemente acerca da problemática do aluno com DM” .....	104
Tabela 34 – Grau de concordância com a afirmação “Os professores de Ed. Especial é que têm obrigação de conhecer a problemática” .....	105
Tabela 35 – Distribuição da amostra relativamente à forma que como os professores poderiam saber mais sobre DM.....	106
Tabela 36 – Associação entre as variáveis por itens na da Importância do conhecimento sobre DM.....	107
Tabela 37 – Grau de concordância com a afirmação “O prof. de Ed. Especial deve aproveitar os momentos de alimentação e higiene do aluno com DM para promover momentos de aprendizagem” .....	108

Tabela 38 – Grau de concordância com a afirmação “Nos casos de DM, o papel dos professores de Ed. Especial deve ser mais pedagógico do que de consultoria” .....	110
Tabela 39 – Grau de concordância com a afirmação “O prof. de Ed especial deve conduzir a intervenção educativa nos casos de DM” .....	111
Tabela 40 – Grau de concordância com a afirmação “O prof. de Ed. Especial deve, perante o diretor de turma, classificar o aluno com DM” .....	112
Tabela 41 – Associação entre as variáveis por itens de Papel do prof. de EE nos casos de DM.....	113
Tabela 42 – Distribuição da amostra relativamente ao papel do prof. de educação especial nos casos de DM.....	114

## Índice de Figuras

Figura 1 - Interações entre os componentes da CIF (OMS, 2003).....	23
Figura 2 - Número estimado de alunos com NEE, por problemática, em Portugal (Correia, 1997) .....	36

## INTRODUÇÃO

Os professores, geralmente, têm facilidade na pesquisa e consulta de informação para os assuntos de que necessitam esclarecimento. Essa necessidade costuma ser acrescida quando se tratam de dificuldades de um dos seus alunos. No caso da deficiência mental, por ser uma problemática com sérias repercussões, os professores têm um papel decisivo no diagnóstico e na intervenção educativa, mas também poderão ter um papel importante na prevenção. Estes papéis são importantes não só para os professores de educação especial, como também são para os professores do ensino regular. Mas para que se possam desempenhar esses papéis com sucesso, o professor deverá ter alguns conhecimentos sobre a problemática. Quando se ouve um professor questionar acerca do que é que se entende por deficiência mental, há apenas uma vantagem – o docente quer obter algum conhecimento – mas, do lado das desvantagens, quer dizer que por este professor poderão já ter passado alunos com deficiência mental, sem que ele tenha percebido e, muito menos, procurado responder adequadamente às suas necessidades.

O efeito devastador da deficiência mental, por si só, era um bom argumento para defender a pertinência do estudo. Mas envolver os professores nesta investigação é importante porque, segundo Correia (1997), a problemática é uma das que mais incidência tem no universo das necessidades educativas especiais e é na idade escolar que muitas vezes é detetada a deficiência mental. Torna-se, portanto, difícil negar a importância dos docentes nos casos de deficiência mental.

Pelos argumentos elencados, justifica-se um estudo que se debruce sobre as concepções que os professores têm acerca da deficiência mental, sendo igualmente pertinente saber em que medida a formação sobre a problemática e a experiência na leção de alunos com deficiência mental influenciam essas concepções. Por essa razão, impõe-se a questão/problema:

Qual é a influência da formação e da experiência dos professores nas suas concepções acerca da Deficiência Mental?

O alvo principal desta investigação passa por verificar se as concepções dos professores acerca da temática, nas suas várias características, variam em função do tipo de formação em deficiência mental e/ou da experiência na leção de alunos com essa problemática. De uma forma mais específica, iremos aferir o grau de conhecimento que os professores têm acerca da etiologia e das características da

deficiência mental, as opiniões acerca da intervenção, as formas que privilegiam na procura de conhecimento sobre a temática, passando por conhecer as opiniões acerca do papel do professor de educação especial nos casos de deficiência mental. Foi nessa linha que se formularam as hipóteses, cujas variáveis independentes são o tipo de formação em deficiência mental e a experiência na leção de alunos com deficiência mental.

Quanto à estrutura deste trabalho, na primeira parte consta o enquadramento teórico que permite aprofundar os conhecimentos acerca da temática da deficiência mental. Sendo a deficiência mental uma temática bastante abrangente, optou-se por fazer uma abordagem generalista, tentando não descuidar especificidades pertinentes. Considerou-se também importante auscultar a opinião de alguns autores acerca da relação entre a formação de professores e o trabalho com alunos com necessidades educativas especiais, culminado com uma sumária referência a investigações similares. Na segunda parte deste trabalho, haverá referência à metodologia de investigação, onde se conhecerá com mais pormenor as hipóteses e as variáveis, os instrumentos e a amostra, a recolha, tratamento e interpretação de dados, que por sua vez permitirão a chegar às conclusões.

As limitações deste estudo estão principalmente relacionadas com a fiabilidade e validade do instrumento utilizado. Relativamente à fiabilidade, não foi possível, durante o tempo da investigação, construir um questionário que apresentasse uma boa consistência interna entre as suas escalas. A estrutura fatorial ameaçou a validade das escalas do questionário, verificando-se em algumas pouca adequação à aplicação da análise fatorial. Quanto à amostra, além de ser não probabilística, alguns grupos em análise têm pouca representatividade, como aconteceu com os professores com mais de 5 anos de experiência na leção de alunos com deficiência mental.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



# 1. Deficiência Mental

## 1.1. Perspetiva Histórica

Sem ser o alvo central deste trabalho, não deixa de ser importante fazer uma sumária apresentação da importância que a humanidade dispensou à temática da deficiência mental ao longo dos tempos.

A humanidade, na atualidade, está no auge do tratamento que deu às pessoas com deficiência mental. Na antiguidade clássica, os deficientes mentais eram vistos como processos de demónios. Na idade média, eram apedrejados e queimados nas fogueiras da Inquisição. No século XIX e princípios do século XX, países anglo-saxões e escandinavos recorreram à esterilização para impedir a reprodução de indivíduos que mostravam incapacidade para trabalhar. O regime nazi decretou o seu extermínio em nome do conceito da purificação da raça. Tal como refere Vieira (1996, p.15) “os modelos económicos, sociais e culturais impuseram às pessoas com deficiência uma inadaptação social geradora de ignorância, preconceitos e tabus que, ao longo dos séculos, alimentaram os mitos populares da perigosidade das pessoas com deficiência mental”.

Para Morato (1998), a investigação sobre deficiência mental pode resumir-se a três períodos históricos. O primeiro período arranca com o início do século XIX, embora, segundo Kanner (1964 cit. por Morato, 1998), as primeiras referências à deficiência mental sejam identificáveis nos finais do século XVIII. A partir de 1800, com o desenvolvimento da biologia e da psicologia, começaram a aparecer propostas de identificação e classificação da deficiência mental (Peron, 1976; Rynders, 1987; Detterman, 1983 cit. por Morato, 1998). Vieira (1996), refere Jean Marc Itard (1774-1834), médico francês que ficou conhecido como precursor do trabalho com as pessoas com deficiência mental, tendo resgatado um jovem, chamado Vítor, de 12 anos, em estado selvagem, num bosque para tentar modificar-lhe o comportamento. As experiências de Itard com Victor vieram colocar em causa a irreversibilidade e irrecuperabilidade da deficiência, defendendo, por outro lado, a ideia da mutabilidade da inteligência (Morato e Santos, 2002). Apesar dos progressos que proporcionou em Vítor de Aviron, Itard não terá conseguido fazer com que Vítor falasse, lesse e escrevesse por estar longe da compreensão da inteligência simbólica. Isto porque, segundo Fonseca (1989), aos 12 anos, Vítor de Aviron já não dispunha de interconexões sinápticas livres, pois atualmente sabe-se que as interconexões

sinápticas terminam o seu crescimento intra e interneurosensorial por volta dos 10 anos.

O segundo período é iniciado nos finais do século XIX. Nesta altura aumentaram as preocupações pela definição e classificação da deficiência mental e a abordagem ao conceito em termos operacionais, muito pela necessidade decorrente da institucionalização da escolaridade obrigatória na maior parte dos países desenvolvidos (Morato, 1998). A este propósito, Fonseca (1989, p.82) referiu que “de 1900 à década de 70, o movimento da escola pública criou as famigeradas classes de ‘anormais’, fase que se inicia com a categorização e classificação dos deficientes mentais, que resultam da aplicação da famosa Escala Métrica de Inteligência, criada por Binet e Simon em 1905”. As primeiras perspetivas de caracterização da deficiência mental foram desenvolvidas em função de uma correlação entre uma medida de baixa capacidade intelectual com a incompetência revelada na dificuldade de aprender (Binet, 1909 cit. por Morato, 1998). Na primeira metade do século XX assistiu-se a grandes desenvolvimentos teóricos, “protagonizados por nomes célebres como Freud, Piaget, Montessori, Binet, Watson, Skinner e muitos outros que levaram ao desenvolvimento da psicologia e da pedagogia como ciências autónomas” (Vieira, 2006, p.19). Em Portugal, foi neste período que se constituiu a primeira classe para pessoas com “dificuldades de intelectuais”, criada por Anicet Fusillier, na sua escola de surdos-mudos (Morato e Santos, 2002).

O 3.º período compreende o pós 2ª Guerra Mundial até à atualidade, caracterizando-se por uma atitude de mudança marcada pela evolução científica e pelo reforço do movimento humanitário de defesa dos direitos e defesa dos grupos desfavorecidos associados aos desenvolvimento dos ideais da democracia pela igualdade de direitos (Morato, 1998). Neste período, a definição e classificação da deficiência mental é um dos problemas mais frequentes expressos na literatura científica. Intimamente relacionado está a dificuldade de apresentar uma definição conceptual da inteligência com todas as consequências ao nível dos direitos de assistência, da escolarização, sociabilização e integração profissional das pessoas com deficiência mental (Zigler, Balla e Hodapp, 1984; Campione, Brown e Ferrara, 1986; Barnett, 1986 citados por Morato, 1998). No século XX, as leis da escolaridade obrigatória deram origem a um novo grupo de crianças com deficiência mental – deficiência mental ligeira (Vieira, 1996). Mesmo assim, tem-se verificado uma evolução positiva sobre o conceito de deficiência mental, permanecendo discutíveis os critérios da sua definição pelas implicações determinantes do carácter estigmatizante das classificações (Morato, 1998). No ponto seguinte, tentar-se-á fazer uma síntese da evolução do conceito de deficiência mental.

## 1.2. Definição de Deficiência Mental

Como vimos no ponto anterior, a tentativa de definição de deficiência mental não tem sido pacífica, mas as maiores divergências talvez possam estar nos critérios da sua definição. Mesmo assim, importa iniciar o conhecimento desta temática com algumas definições. Antes de nos centrarmos na deficiência mental, introduzimos a definição de deficiência.

### Deficiência

Durante muito tempo, tal como referiu Fonseca (1989), a noção de deficiente não foi objetiva, revelando antes um complexo de superioridade em sociedades ignorantes. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001, p.172), através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), referiu que:

Deficiência é uma perda ou anormalidade de uma estrutura do corpo ou de uma função fisiológica (incluindo funções mentais). Na CIF, o termo anormalidade refere-se estritamente a uma variação significativa das normas estatisticamente estabelecidas (i.e. como um desvio de uma média na população obtida usando normas padronizadas de medida) e deve ser utilizado apenas neste sentido.

Embora seja uma definição a ter em conta na área da educação, a definição da CIF destina-se a ser interpretada por profissionais de variadas áreas. Mas também é importante obter uma perspetiva mais educacional na definição de deficiência. Desta forma, segundo Vieira (1996), em termos educativos, o conceito de deficiência tem vindo a ser substituído pelo conceito de necessidades educativas especiais. Segundo Brennan (1990, cit. por Vieira 1996, p.39), “há uma necessidade educativa especial quando uma deficiência (física, sensorial, intelectual, emocional ou qualquer combinação destas) afeta a aprendizagem até ao ponto de serem necessários alguns ou todos acessos especiais ao currículo, ao currículo especial ou modificado, ou a condições de aprendizagem especialmente adaptadas para que o aluno seja educado adequada e eficazmente”. A definição deste autor aproxima-nos da temática que se pretende desenvolver neste capítulo.

### Deficiência Mental

Como já vimos nos pontos anteriores, a tentativa de encontrar uma definição unanimemente aceite para deficiência mental revelou-se um problema em si ao longo dos tempos. A propósito desse problema, Maria Albuquerque (2000, p. 19) referiu que “a heterogeneidade da população habitualmente designada como deficiente mental

(...) revela que se trata de um problema prático (e teórico) complexo, multideterminado, e multidimensional, não redutível a uma definição unívoca”. Muitas áreas – entre elas a medicina, psicologia, serviço social e educação – têm-se preocupado com crianças e adultos deficientes mentais, construindo a definição de acordo com a sua perspectiva (Kirk e Gallagher, 1996). Mas na educação, a definição e a classificação da deficiência mental desempenham um papel fundamental nos apoios educativos a providenciar, influenciando toda a realidade educativa no que se refere à modificação de comportamentos (Pelica, 1994 cit. por Morato e Santos, 2002).

A Associação Americana de Deficiência Mental (AAMR<sup>1</sup>) é, segundo Morato (1998, p. 12), “o órgão mais antigo e prestigiado na abordagem da DM”. Dada a sua importância, é relevante consultar o seu contributo para a tentativa de definição de deficiência mental. De 1972 até 1992, a AAMR referiu que “deficiência mental refere-se a um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado de défices no comportamento adaptativo, manifestado durante o período de desenvolvimento” (Grossman, 1983 cit. por Albuquerque, 2000). Nesta definição, o critério “funcionamento intelectual significativamente inferior à média”, foi operacionalizado a partir de um quociente intelectual (QI) inferior a 70, mas a referência que a definição faz ao critério do défice no comportamento adaptativo pretendeu deslocar a importância do QI para os aspetos sociais na compreensão da deficiência mental. Com a introdução do critério do comportamento adaptativo, foram criadas várias escalas para avaliar uma grande amplitude de aptidões de independência pessoal e de interação social, bem como a presença ou ausência de problemas de comportamento (Albuquerque, 2000). A definição de 1972 expirou em 1992, quando a AAMR (cit. por Vieira, 1996, p.41), apresentou a seguinte definição:

Deficiência mental refere-se a limitações substanciais no funcionamento atual. É caracterizada por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, existindo concomitantemente com limitações em duas ou mais das seguintes áreas do comportamento adaptativo: comunicação, independência pessoal, vida em casa, comportamento social, utilização dos recursos da comunidade, tomada de decisões, cuidados de saúde e segurança, aprendizagens escolares (funcionais), ocupação dos tempos livres, trabalho. A deficiência mental manifesta-se antes da idade dos dezoito anos.

Esta definição mais tarde também seria descrita no DSM-IV<sup>2</sup> (1994, cit. por Morato e Santos, 2002). Comparando com a anterior, nesta definição observa-se a permanência da comparação do desempenho intelectual com a “média”, apontando

<sup>1</sup> American Association of Mental Retardation.

<sup>2</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition.

agora as áreas onde tem que haver limitações para que se possa considerar deficiência mental. Fica também claro que há um limite cronológico para a manifestação de deficiência mental. Foram só estas as alterações?

Albuquerque (2000) considerou que esta definição podia levar-nos a pensar que esta definição comportava apenas simples alterações em relação à precedente, mas a consulta da obra revelou que estávamos perante uma alteração substancial. Com esta definição, o limite superior da deficiência mental passou a corresponder a um QI de aproximadamente 70 a 75, levando ao incremento da percentagem de pessoas elegíveis para um diagnóstico e deficiência mental. Na nova definição, aparece também a referência a duas de dez competências adaptativas, sem que estas contivessem qualquer suporte teórico ou empírico passível de justificar a respetiva seleção (Albuquerque, 2000).

Tal como referiu Luckasson et al. (1992 cit. por Nielsen, 1999) pode-se dizer que a definição de 1992 faz depender a deficiência mental de três critérios:

- Funcionamento intelectual avaliado em termos de QI;
- Limitações em duas ou mais áreas do comportamento adaptativo;
- Verificação destas características desde a infância.

Para Albuquerque (2000), a principal alteração que esta definição trouxe, foi a proposta de uma correspondência entre os graus de deficiência mental e a intensidade dos níveis de apoio a prestar. Dessa forma, consoante a classificação de deficiência mental, dever-se-ia contemplar um apoio intermitente, limitado, extensivo ou persistente. Desta forma, a mesma autora considerou que a definição pretendia que a deficiência mental deixasse de ser encarada como um défice individual, para passar a ser considerada uma expressão de interação entre o sujeito e o meio em que se insere, trazendo, pelo menos, três grandes benefícios:

- A importância dada aos apoios seria congruente com orientações sociopolíticas e educativas que visam a maior participação de pessoas com deficiência mental na comunidade.
- A delineação de um perfil individual de apoios realçaria as potencialidades de desenvolvimento da pessoa com deficiência mental e promoveria esforços educativos e reabilitativos.
- A descrição de um conjunto de apoios seria particularmente relevante ao nível da elaboração de planos e programas de intervenção.

No mesmo sentido, Vieira (1996) considerou que a definição da AAMR de 1992 era inovadora, pois considerava a deficiência mental como um estado de funcionamento que, com apoios adequados, podia ser melhorado, assumindo que todas as pessoas são educáveis, com um ensino individualizado e centrado na integração. Mais recentemente, em 2002, AAMR<sup>3</sup> apresentou outra definição para deficiência mental:

Deficiência caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual, no comportamento adaptativo, como expresso nas habilidades práticas, sociais e conceituais, originando-se antes dos dezoito anos de idade (Luckasson et al., 2002, cit. por Carvalho e Maciel, 2003)

Nesta definição, a AAMR pretende afastar-se ainda mais da classificação das pessoas, para classificar um estado particular de funcionamento. Mesmo assim, o sistema de 2002 continua a referir que o processo de diagnóstico deve incluir três critérios: funcionamento intelectual, comportamento adaptativo e a idade. Ao nível do comportamento adaptativo, passa-se do grupo de 10 habilidades, proposto em 1992, para a categorização em 3 grupos.

Para este estudo, é de maior importância referir a definição que a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003, p.195), através da CIF, nos apresentou:

Uma deficiência mental é uma variação importante no desenvolvimento intelectual. Ela pode originar certas limitações em diversas capacidades da pessoa. Os fatores ambientais, no entanto, podem afetar o grau do desempenho individual em diferentes domínios da vida. Por exemplo, uma criança com esta deficiência mental pode enfrentar poucas desvantagens num ambiente em que as expectativas não sejam altas para a população em geral e onde ela poderá realizar um conjunto de tarefas simples e repetitivas, porém necessárias. Nesse ambiente, a criança teria um bom desempenho em diferentes situações de vida.

Com esta definição, a OMS deixa claro que o ambiente é que define as expectativas decisivas para considerarmos se o desempenho individual é ou não o esperado. No mesmo sentido ia Albuquerque (2000, p.39) ao referir que “a deficiência mental não pode ser entendida sem referência a variáveis socioculturais”. Face à importância que o decreto-lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro lhe dá, considerando-a fulcral no processo de avaliação para o relatório técnico-pedagógico, há necessidade de detalhar um pouco mais a CIF.

---

<sup>3</sup> Segundo Batista e Bridi (2012), a AAMR em 2010 passou a designar-se por AAIDD – American Association on Intellectual and Developmental Disabilities – e, também nesse ano, mudou a terminologia de “deficiência mental” para “deficiência intelectual”, apesar de manter a definição de 2002. Para a associação, os dois termos devem ser tratados como sinónimos.

Como instrumento de classificação, a CIF incluiu os domínios definidos em duas categorias, as “Funções e Estruturas do Corpo” e “Atividade e Participação”, relacionando fatores contextuais, ambientais e pessoais. Para a CIF, a deficiência tem uma causa, mas esta pode não ser suficiente para a explicar (Ramos, 2005). A CIF também introduziu o conceito de Funcionalidade, tal como fez a AAMR em 2002, integrando as “Funções do Corpo” e a “Atividade e Participação”.

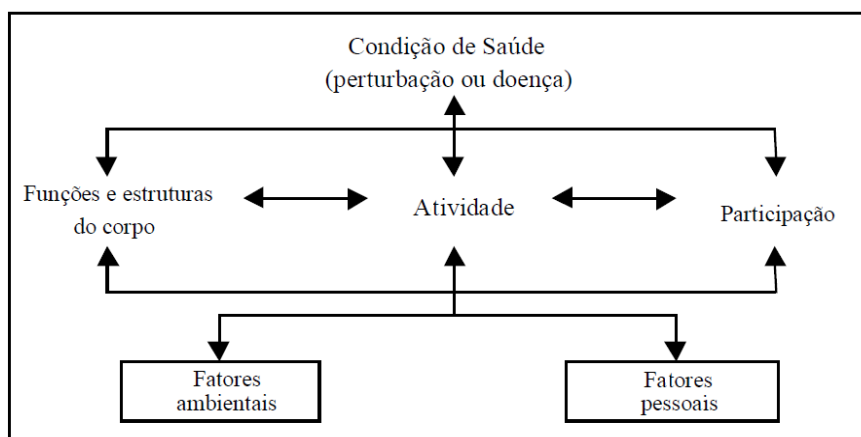


Figura 1 - Interações entre os componentes da CIF (OMS, 2003)

Este diagrama demonstra que a funcionalidade de um indivíduo num domínio específico é uma interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais). Há uma interação dinâmica entre estas entidades: uma intervenção num elemento pode, potencialmente, modificar um ou vários outros elementos. Estas interações são específicas e nem sempre ocorrem numa relação unívoca previsível (OMS, 2003).

Carvalho e Maciel (2003) consideram que, para a CIF, a deficiência mental pode acarretar problemas significativos à pessoa nos seguintes aspetos:

- Capacidade de realizar, por impedimentos na funcionalidade;
- Habilidade de realizar, devido a limitações na atividade de um modo geral;
- Oportunidades de funcionar no meio físico e social, devido a restrições de participação.

Contrariamente às classificações internacionais da OMS utilizadas anteriormente, nomeadamente a CID - 10 (Classificação Internacional de Doenças - Décima Revisão), esta classificação não classifica as pessoas, mas sim as "características de saúde" das pessoas, dentro do contexto das situações individuais de vida e dos impactos ambientais (Ramos, 2005).

Na tentativa de se definir deficiência mental, já observamos a evolução registada nos tempos recentes. Nos pontos seguintes, aprofundaremos a sua conceptualização como défice intelectual e adaptativo.

### 1.3. A Abordagem Psicométrica na Deficiência Mental

No final do século XIX, Galton definiu inteligência como “a faculdade que os génios têm e os idiotas não têm” (Galton, 1883 cit. por Dockrell e MacShane, 2000). No início do século XX, Binet e os seus colegas foram solicitados para construírem instrumentos de avaliação, tendo sido publicadas escalas, ou coleções de itens, que acabaram por se constituírem nos primeiros testes de inteligência (Morato e Santos, 2003). Com o aparecimento das noções de idade mental e de quociente intelectual (QI), a divulgação e o êxito da prática psicométrica geraram uma série de suposições e práticas que conduziram à equiparação da deficiência mental ao resultado obtido num teste de inteligência (Albuquerque, 2000).

Ao longo do século XX, no entender de Albuquerque (2000), a deficiência mental confundiu-se com os limiares de QI. Em 1959, a então American Association of Mental Deficiency<sup>4</sup> transferiu o limiar superior de 70 para 85, devido ao pressuposto de que mesmo défices muito ligeiros no funcionamento intelectual acarretariam dificuldades numa sociedade tecnológica (Robinson & Robinson, 1976 citados por Albuquerque, 2000). Mais tarde, em 1975, a mesma associação decidiu abolir o grau de zona limite ( $70 \geq \text{QI} \leq 85$ ), seguida pela Organização Mundial de Saúde em 1977. Em 1992, a AAMR deslocou o limiar superior da deficiência mental para um QI de 75. Estes exemplos realçam o carácter provisório dos limites atuais (Albuquerque, 2000).

Mas o que é o QI?

O conceito de QI, tal como nos mostrou Bautista (1997), é o resultado da multiplicação por cem do quociente obtido pela divisão da idade mental pela idade cronológica:

$$\text{QI} = (\text{I.M./I.C.}) \times 100$$

Morato (1998) explica-nos a razão desta fórmula, referindo que o QI de 100, como valor teórico da inteligência média, foi encontrado na fundamentação de que entre a idade cronológica e a idade mental, que é a idade média de resposta da maioria dos indivíduos de cada idade perante um conjunto estandardizado de situações problema, existia uma razão de identificação total, ou seja, a unidade.

Têm sido apontadas várias insuficiências à relação entre o QI e a deficiência mental. Considerando-se 100% como média, um aluno que tenha inferior a 98% já é

<sup>4</sup> Mais tarde designada como American Association of Mental Retardation (AAMR).



considerado subnormal (Kirk e Gallagher, 1996). Mercer (1973 cit. por Albuquerque, 2000) propôs designações como “deficiente mental 6 horas por dia” às crianças dos E.U.A. que eram identificadas como deficientes mentais ligeiras e colocadas em classes especiais, a partir de um diagnóstico baseado apenas no QI, não revelando dificuldades noutras áreas, que não a das aprendizagens escolares. Esta imagem da deficiência mental ligeira, como desvantagem temporária relacionada com as dificuldades experimentadas na escola, recebeu um apoio considerável por parte de estudos longitudinais em adultos com deficiência mental ligeira que verificaram que a sua adaptação, designadamente a nível profissional, era, em geral, satisfatória (Robinson e Robinson, 1976; Zigler e Harter, 1969 citados por Albuquerque, 2000). Com estes argumentos, será difícil a abordagem psicométrica, principalmente nos graus de limite superior, deixar de ser alvo de críticas.

Para Fonseca (1989), a crítica não é a favor nem contra os testes de inteligência, mas, fundamentalmente, dirige-se à maneira como os resultados têm sido usados. Para este autor, a aplicação dos testes, que é necessária para o diagnóstico e para perspetivar uma intervenção pedagógica coerente e consequente, deve seguir da filosofia de Binet, isto é, o teste surge como instrumento psicopedagógico, para, a partir dele, se construírem estratégias de educabilidade da inteligência, preparando o indivíduo para a sua integração social plena. Fonseca (1991 cit. por Morato, 1998) também considerou que presumir a perspetiva estável do QI como definição, além de controversa, era uma perspetiva pouco científica porque revelava-se uma concepção contrária à perspetiva da modificabilidade cognitiva, cuja argumentação se tem manifestado empírica e experimentalmente indispensável na investigação, prevenção e intervenção da deficiência mental. Mais tarde, Fonseca (1999, p. 523) voltou a apresentar críticas ao quociente de inteligência:

O QI, porque tem sido visto como a melhor medida de avaliação e predição da educabilidade e da treinabilidade da inteligência, tem determinado quase todo o sistema educacional e vocacional, independentemente do paradoxo que ainda hoje não se compreender e saber, profunda e efetivamente, o que é que o QI mede e qual a relatividade clínica ou pedagógica.

Outras objeções vão no sentido de ocorrerem erros de diagnóstico e classificação, resultantes do emprego isolado ou privilegiado dos testes de QI, onde se ignora que inteligência não se circunscreve às capacidades verbais e académicas valorizadas pelos testes de inteligência (Weinberg, 1989 cit. por Albuquerque, 2000), tal como atesta a reduzida validade preditiva do QI em situações extraescolares (Albuquerque, 2000). No mesmo sentido, seguem os argumentos que referem que os testes psicométricos de inteligência apresentam enviesamentos socioeconómicos e

culturais, passíveis de explicarem a excessiva representação de crianças de estratos sociais mais baixos e de minorias classificados como deficientes mentais ligeiros (Dunn, 1968; Mercer, 1970, 1973 citados por Albuquerque). Para Albuquerque (2000, p. 23) “os testes, dados os seus limites, não são passíveis de constituírem como os únicos procedimentos de avaliação, de tomada de decisões ou de diagnóstico”. Para Vieira (1996, p. 45) “atribuir a uma pessoa um nível determinado segundo uma escala rígida deixou de fazer sentido uma vez que a importância é dada à forma como cada pessoa se adapta às condições de vida e às exigências do seu meio social”.

Por outro lado, para a AAMR, pelas revisões de Grossman (1973; 1977; 1983 cit. por Morato, 1998), o funcionamento intelectual deve ser avaliado e medido através de testes estandardizados. Apesar de reconhecer as críticas, a AAMR identifica a perspectiva psicométrica como a que continua a prevalecer como a mais objetiva e, por isso, a reconhecida para verificar a presença de deficiência mental numa pessoa, ainda que não explique a sua natureza (Vicari, Albertini & Caltagirone, 1992 cit. por Morato, 1998). Zucker e Polloway (1987, citados por Morato e Santos 2002), apontaram como instrumentos de avaliação de QI mais utilizados:

- Stanford-Binet Intelligence Scale (1905, revista por Goddard em 1908, 1911, revistas por Stanford em 1916, 1937 e 1960) – envolvendo apenas o resultado da idade mental que é convertido para um valor de QI.
- Wechsler Intelligence Scale for Children Revised (WIS – 1949, WISC-R de 1974 e WISC-III, 1989) – dividida em duas escalas: uma verbal e a outra de performance.
- Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC) – constituída por duas escalas: a mental e a de “aquisição”.

Estes instrumentos para mensuração da inteligência são recomendados pela AAMR, sistema 2002 (Carvalho e Maciel, 2003). Talvez por reconhecer algumas das críticas apontadas aos testes de QI, a CIF (OMS, 2001, p.41) refere que “para que esta quantificação [extensão ou magnitude de uma deficiência] possa ser utilizada de maneira universal, os métodos de avaliação devem ser desenvolvidos através de pesquisas”. Com isto, a Organização Mundial de Saúde parece tentar afastar a ideia de que os testes de QI são os únicos válidos, embora também não os condene.

Tal como sugeriu na sua definição de 1992, a AAMR considerou que o comportamento adaptativo deveria ser também um critério suscetível de avaliação, mas várias objeções fizeram com que o comportamento adaptativo tenha sido relegado para um plano secundário, permanecendo o QI como critério dominante, e por vezes, até exclusivo do diagnóstico e classificação da deficiência mental na

investigação e na prática educativa (Baumeister, 1984; Harrison, 1987; Huberty, Koller e Brink, 1980; Smith e Knoff, 1981 citados por Albuquerque, 2000). É precisamente o comportamento adaptativo que será abordado no ponto seguinte.

#### **1.4. Comportamento Adaptativo**

Segundo Morato e Santos (2002, p. 60), “o comportamento adaptativo surge da noção de adaptação ao desenvolvimento, com bastante impacto nos anos 30 quando, paralelamente às escalas padronizadas, constatamos o aparecimento das primeiras escalas de avaliação do CA intentando em avaliar o grau de eficiência das ‘realizações’ comportamentais em relação aos padrões esperados pelos seus pares”. Isto não quer dizer que o termo tenha surgido apenas nesta altura. Ainda no século XIX, Voisin (1843 cit. por Morato e Santos, 2002) reforçou a importância do comportamento adaptativo e da sua avaliação, no sentido de conhecer a forma de adaptação dos sujeitos às exigências impostas pelo envolvimento e pelos parâmetros sociais regentes. Para Fonseca (1989), na criança deficiente mental, o potencial de aprendizagem é caracterizado por graus de incapacidade adaptativa, em que subsiste uma inferioridade mental global.

Como já foi referido, com a definição de 1992 da AAMR, o comportamento adaptativo (CA) passou a ser um critério a ter em conta para efeitos de diagnóstico da deficiência mental. Segundo esta definição, além da limitação intelectual, teria que haver limitações circunscritas a duas ou mais áreas, de entre dez, de competências adaptativas, ainda que estas mesmas dez áreas não usufríssem de qualquer suporte teórico ou empírico (Albuquerque, 2000).

Na definição de 2002 da AAMR, também conhecido como sistema 2002, o comportamento adaptativo foi descrito como “conjunto de habilidades conceituais, sociais e práticas adquiridas pela pessoa para corresponder às demandas da vida quotidiana” (Luckasson et al., 2002, cit. por Carvalho e Maciel, 2003, p. 5) que abrangem três áreas:

- Habilidades conceituais – relacionadas com os aspetos académicos, cognitivos e de comunicação. São exemplos dessas habilidades: a linguagem (recetiva e expressiva); a leitura e escrita; os conceitos relacionados com o exercício da autonomia.
- Habilidades sociais – relacionadas com a competência social. São exemplos dessas habilidades: a responsabilidade; a autoestima; as habilidades interpessoais; a credulidade e ingenuidade (probabilidade

de ser enganado, manipulado e alvo de abuso ou violência, etc); a observância de regras, normas e leis; evitar vitimização.

- Habilidades práticas – relacionadas ao exercício da autonomia. São exemplos: as atividades de vida diária: alimentar-se e preparar alimentos; arrumar a casa; deslocar-se de maneira independente; utilizar meios de transporte; tomar medicação; manejar dinheiro; usar telefone; cuidar da higiene e do vestuário; as atividades ocupacionais – laborativas e relativas a emprego e trabalho; as atividades que promovem a segurança pessoal.

O sistema 2002 da AAMR indicou para a avaliação do comportamento adaptativo a utilização de instrumentos objetivos de mensuração, que, segundo Carvalho e Maciel (2003), são os seguintes:

- Vineland Adaptative Behavior Scales (VABS);
- AAMR Adaptative Behavior Scales (ABS);
- Scales of Independent Behavior (SIB-R);
- Comprehensive Test of Adaptative Behavior-Revised (CTAB-R);
- Adaptative Behavior Assesment System (ABAS).

Morato (1994 cit. por Morato e Santos, 2002) referiu que há uma grande variedade de critérios por detrás das escalas, fazendo com que estas divirjam na finalidade, dando os exemplos:

- Escalas de fator unitário ou geral – um único fator engloba o objeto da avaliação, sem discriminar áreas fortes e fracas;
- Escalas de abordagem multidimensional – consideram-se vários parâmetros para uma avaliação precisa do sujeito, possibilitando o desenho do perfil individual;
- Escalas separadas-coordenadas – implicam a sobreposição de fatores avaliados de uma forma isolada;
- Escalas dentro de um sistema de programação – baseia-se em programas já existentes relativos ao desenvolvimento adaptacional;
- Escalas dentro de um sistema de avaliação – o teste/escala é apenas um instrumento de recolha de informação, sendo o critério principal o aglomerado de informação;

- Escalas designadas para programas de melhoria do comportamento – constitui-se por uma listagem de características preparadas para a planificação de um programa.

Relativamente às escalas de comportamento adaptativo, o facto da AAMR não ter estabelecido qualquer limiar ou ponto discrepante não trouxe grandes problemas na identificação da deficiência mental moderada, severa ou profunda, mas o mesmo não se pode dizer da deficiência mental ligeira (Albuquerque, 2000). Como se verá adiante, a deficiência mental ligeira é a que tem mais incidência dentro desta problemática. No entender de Albuquerque (2000), na deficiência mental moderada, severa ou profunda, os défices adaptativos são óbvios, mas na deficiência mental ligeira os défices adaptativos são subtis e difíceis de circunscrever. Este facto torna-se pertinente quando se reconhece que é pouco provável que as escalas do comportamento adaptativo captem os défices de natureza essencialmente académica que caracterizam as crianças cujo nível de funcionamento intelectual corresponde ao grau ligeiro da deficiência mental (MacMillan, Siperstein e Gresham, 1996 citados por Albuquerque, 2000).

Os estudos que analisaram as relações entre o nível intelectual e o comportamento adaptativo indicam que as duas dimensões apresentam uma correlação positiva moderada e não são empiricamente independentes (Harrison, 1987; Magerotte, 1974 citados por Albuquerque, 2000), o que, segundo Albuquerque (2000, p. 31), “não deixa de ser paradoxal, se atendermos a que o comportamento adaptativo foi proposto enquanto critério complementar, mas distinto do de nível intelectual”. Muitas das ideias expressas neste ponto ajudam a perceber a razão da avaliação psicométrica ter dominado o diagnóstico da deficiência mental, mesmo após a definição de 1992 da AAMR.

## **1.5. Classificação da Deficiência Mental**

### **1.5.1 Classificações e Graus da Deficiência Mental**

No início do século XX, na altura de Alfred Binet e outros investigadores que se interessavam pelo pensamento da criança, já havia diferenciação entre os deficientes mentais, sendo usados os termos idiota (idiot), para os níveis mais severos, imbecil (imbecile), relativo aos graus moderados, e atrasado (moron), para os níveis mais ligeiros da deficiência mental (Kaplan e Saccuzzo, 1993 cit. por Morato e Santos, 2002).

O sistema mais comum de classificação da deficiência mental foi criado a partir dos valores de QI (Albuquerque, 2000). Bautista (1997) mostrou-nos que existem diferentes correntes para determinar o grau de Deficiência Mental, salientando que são as técnicas psicométricas que mais se impõem, utilizando o QI para a classificação desse grau.

Como nos mostrou Bautista (1997), atendendo ao QI, existem cinco graus de deficiência mental propostos pela Associação Americana para a Deficiência Mental. Esses cinco graus estão expressos na tabela 1.

**Tabela 1** - Graus da deficiência mental

	<i>Deficiência Mental</i>	QI
1.	Limite ou borderline	68-85
2.	Ligeira	52-68
3.	Média	36-51
4.	Severa	20-35
5.	Profunda	< 20

Fonte: Bautista (1997)

A Associação Americana para a Deficiência Mental deixou de classificar os indivíduos segundo estas categorias (Nielsen, 1999), mas, pelo seu valor histórico, por estar arraigada aos nossos hábitos e por proporcionar um diálogo mais rápido, continua a ser utilizada por muitos profissionais (Vieira, 1996). Para estabelecer a correspondência de valores do QI com os níveis de deficiência, Grossman (1977, 1983 cit. por Morato, 1998) propôs que se considerassem as três escalas ou Testes de inteligência mais usados - o Teste de Stanford-Binet, o Teste de Cattell e ainda a Escala de Wechsler – e, de acordo com os desvios padrão de QI, que caracterizam a distribuição da população geral, se faça a correspondência com o nível de deficiência.

Kirk e Gallagher (1996) salientaram que as classificações devem apenas ter significado e implicações educacionais, propondo:

- Deficiente mental educável;
- Deficiente mental treinável;
- Deficiente mental grave/profundo.

Comparando as duas propostas de classificação, observa-se que deficiente mental educável e deficiente treinável, correspondem aos níveis de deficiência mental ligeira (e também limite) e de deficiência mental média/moderada, respetivamente.

Fazendo a ponte com a classificação “educacional” proposta por Kirk e Gallagher (1996), de seguida, apresentam-se os graus de Deficiência Mental e respetivas características referidas em Bautista (1997) e outros autores:

- 1) **Deficiência mental limite ou borderline** - São crianças com muitas possibilidades, manifestando um atraso nas aprendizagens ou algumas dificuldades concretas. Muitos dos indivíduos provenientes de ambientes socioculturais desfavorecidos poderiam ser incluídos neste grupo, mas não há consenso entre os autores sobre a necessidade de criação deste grupo (Bautista, 1997).
  
- 2) **Deficiência mental ligeira** - É a criança deficiente mental educável que, devido ao seu desenvolvimento mental subnormal, é incapaz de beneficiar suficientemente do programa escolar regular (Kirk e Gallagher, 2006). Para Nielsen (1999, p. 49), os indivíduos com deficiência mental ligeira “diferem dos restantes basicamente em termos de ritmo e grau de desenvolvimento mental”. 70 a 75% dos casos de deficiência mental ligeira não evidenciam uma etiologia orgânica ou patológica identificável (Stein e Susser, 1963; Robinson e Robinson, 1976; Zigler e Hodapp, 1986 citados por Albuquerque, 2000). Kirk e Gallagher (1996) consideraram que neste nível a etiologia se deve à combinação do factor genético, com más condições económicas e sociais. Quanto à prevalência em função do nível socioeconómico, “os deficientes mentais ligeiros provêm, sobretudo, de famílias com baixo nível socioprofissional, em que os pais são trabalhadores não especializados ou semiespecializados, e estão pouco representados nos meios socioprofissionais mais favorecidos” (Albuquerque, 2000, p. 44). Quanto à prevalência em âmbito geral, é de aproximadamente 10 em cada 1000 pessoas (Kirk e Gallagher, 1996). Portanto, neste grupo incluem-se, principalmente, pessoas com problemas de origem cultural, familiar ou ambiental. Estes indivíduos apresentam um atraso mínimo nas áreas percetivas e motoras. Normalmente, é na escola onde são detetadas as suas limitações intelectuais (Bautista, 1997; Nielsen, 1999). A deficiência mental ligeira não é frequentemente detetada antes dos 5 anos, mas a sua prevalência aumenta nas idades seguintes, e atinge o seu máximo entre os 11 e os 14 anos (Albuquerque, 2000). De acordo com investigações realizadas nos Estados Unidos na década de 80 do século passado, as vidas de muitos adultos com deficiência mental ligeira eram caracterizadas pelo desemprego, baixos salários, trabalhos

precários ou a tempo parcial (Brown-Glover e Wehman, 1996; Polloway et. al., 1991 citados por Albuquerque, 2000), relações sociais restritas, isolamento e uso limitados dos recursos comunitários (Brown-Glover e Wehman, 1996; Edgerton, 1988; Zetlin, 1988 citados por Albuquerque, 2000). Aqueles que se constituíam como exceção, atingindo um estatuto independente ou semi-independente, eram os que beneficiavam do apoio e orientação dispensado por pessoas ou serviços (Edgerton, 1988; Zetlin, 1988 citados por Albuquerque, 2000). Face ao exposto, este será o grau de deficiência mental com mais prevalência na escola, assim como parece indicar que uma intervenção eficaz pode melhorar a independência destes indivíduos.

- 3) **Deficiência mental moderada ou média** - Aqui, a criança também é definida como deficiente mental treinável, identificada devido a estigmas, desvios físicos ou clínicos ou por demorar em aprender a falar e a andar, apresentando, posteriormente, dificuldades em aprender habilidades acadêmicas a qualquer nível funcional e em desenvolver independência total (Kirk e Gallagher, 1996). Incluem-se indivíduos que podem adquirir hábitos de autonomia pessoal e social, mas com maiores dificuldades para os últimos. Podem aprender a comunicar pela linguagem verbal, mas apresentam frequentemente dificuldades na expressão oral e na compreensão de convencionalismos sociais. Dificilmente chegam a dominar as técnicas instrumentais de leitura, escrita e cálculo (Bautista, 1997). Com este nível de deficiência mental, a pessoa pode conseguir cuidar de si própria, proteger-se de perigos na escola e em casa, ajustar-se de forma básica socialmente ao ambiente e ter utilidade econômica, trabalhando sob supervisão. A prevalência é de 2 a 3 em cada 1000 pessoas (Kirk e e Gallagher, 1996).
- 4) **Deficiência mental grave** - Muitas destas crianças “têm deficiências múltiplas que muitas vezes interferem nos procedimentos de instrução normais. Por exemplo, além de ser deficiente mental, a criança pode ter paralisia cerebral ou perda auditiva” (Kirk e Gallagher, 1996, p. 124). Normalmente precisam de ajuda, pois a sua autonomia pessoal e social é pobre. Muitas vezes apresentam problemas psicomotores importantes. Poderão aprender algum sistema de comunicação, mas a sua linguagem verbal será sempre muito deficitária (Bautista, 1997).



- 5) **Deficiência mental profunda** - Os indivíduos deste grupo apresentam problemas sensoriais e de comunicação com o meio. São dependentes dos outros em quase todas as funções e atividades (Bautista, 1997). Estas crianças, “para além da limitação intelectual, apresentam, frequentemente, outros problemas tais como paralisia cerebral, epilepsia ou uma desordem similar, ou ainda problemas visuais e auditivos” (Nielson, 1996, p.49). Para Kirk e Gallagher (1996, p. 125), “o objetivo do treino de uma criança tão gravemente deficiente [incluem grave e profunda] limita-se ao estabelecimento de algum nível de adaptação social”. A incidência de crianças com deficiência mental grave/profunda é de 1 por 1000 crianças (Heward e Orlansky, 1986 citados por Vieira, 1996; Kirk e Gallagher, 1996).

### 1.5.2. Classificar ou não classificar?

Perante alunos com dificuldades de aprendizagem ou alguma deficiência, surge a dúvida da classificação ou não. No caso da deficiência mental, a questão é ainda mais sensível, uma vez que, pelo menos no mundo ocidental, o termo “deficiente mental” também costuma ser usado, frequentemente, com teor pejorativo e insultuoso.

O sistema tradicional de classificação baseava-se na categorização das crianças por tipos de perturbações. Segundo Sousa (1998), esta abordagem teve muita influência na prática, nos relatórios, nas avaliações e na organização dos recursos educativos, derivando do pensamento clássico analítico, como se pode perceber pelo tipo de análise que faz e insere-se no modelo médico. Nesse modelo, considera-se que, perante um problema, é necessário um diagnóstico, uma descrição objetiva e precisa do défice e identificar as causas. Enfatiza-se o défice como um fenómeno intraorgânico ou intrapsíquico e, portanto, centrado exclusivamente no sujeito. Nesta linha de pensamento, Sousa (1998, p. 55) referiu que “os sujeitos deficientes foram segregados, ou então, apoiados de uma forma caritativa, *já que nada havia a fazer*”.

Outro problema da classificação foi a incerteza. Como defendeu Fonseca (1989, p. 33) “o combate aos rótulos nos casos de etiologia obscura, e nos casos menos óbvios, deve ser uma constante da EE, sem, no entanto, descurar a precisão científica do diagnóstico.” Relacionando os graus da deficiência mental com a ideia de Fonseca (1989), a deficiência mental ligeira, apesar de ser a que tem maior incidência no universo da deficiência mental, não costuma ter uma causa evidente.

O dilema de classificar ou não classificar a deficiência mental instala-se principalmente a partir de 1992, quando a AAMR sugere que se substituíssem as classificações de pessoas usadas até então, para passar a usar classificações de apoios de que elas necessitam para melhorarem o seu funcionamento (Vieira, 1996). Apesar das intenções da AAMR, as classificações ainda continuaram, como nos mostrou no seu estudo Sanches (1995, p.126) ao referir que “a designação da problemática ainda continua a ser baseada no diagnóstico médico e não num diagnóstico educativo”. Kirk e Gallagher (1996) referiram que os que se opõem à rotulação, apresentam, entre outros, os seguintes argumentos:

- Retarda a reforma social necessária, concentrando-se mais no indivíduo do que nas condições sociais e ecológicas;
- Pode ser usado como processo de exclusão disfarçado (Gallagher, 1976 cit. por Kirk e Gallagher, 1996);
- Nega a muitas crianças as experiências normais da infância e de uma vida comunitária saudável;
- Em termos de comunicação, permite o preconceito e a estereotipagem, pois o rótulo é incompleto.

A CIF foi concebida em 2001, tendo como um dos objetivos evitar o rótulo, ao ponto de referir que “a CIF nunca deve ser utilizada para rotular as pessoas ou identificá-las apenas em termos de uma ou mais categorias de incapacidade” (OMS, 2003<sup>5</sup>, p. 200). A AAMR, sistema de 2002, tal com a OMS, através da CIF, reforçaram que a classificação das pessoas deveria ser trocada pela classificação da funcionalidade.

Em sentido contrário, Kirk e Gallagher (1996) referiram que os defensores dos sistemas de classificações apresentam, entre outros, os seguintes argumentos:

- A classificação visa colocar a criança em contacto com pessoal especialmente treinado que pode oferecer um programa especial num ambiente especial de aprendizagem;
- As classificações ajudaram os legisladores para a obtenção de uma legislação de apoio aos programas especiais;
- As categorias permitem localizar as causas das condições deficientes;
- As categorias, quando usadas adequadamente, auxiliam a comunicação.

---

<sup>5</sup>Existe, desde 2003, a versão completa da CIF em língua portuguesa realizada pelo Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações em Saúde da Universidade de S. Paulo no Brasil, para a qual o Ministério da Saúde de Portugal prestou a sua colaboração. Esta versão foi reconhecida pela OMS como a versão oficial em língua portuguesa (INR, 2011).

Hobbs (1975 cit. por Kirk e Gallagher, 1996) considerou que os rótulos eram tão benéficos como prejudiciais. Segundo este autor, seria bom minimizar os efeitos negativos, propondo:

- Algumas restrições ao uso de testes psicológicos;
- Melhorias nos procedimentos de identificação precoce das crianças em risco de desenvolvimento;
- Precauções quanto ao uso dos registos de dados;
- Atenção ao processo legal de classificação.

Mas, segundo Fonseca (1989), a equipa constituída por professores e psicólogos não era suficiente para a classificação, já que, no seu entender, a categorização da deficiência mental em EE era acientífica quando apenas dependente de um QI ou de um critério social. Para este autor, tal só seria possível na base de um diagnóstico tridimensional – médico, psicológico e pedagógico, com consentimento dos pais, porque lhes assiste esse direito. Para Isabel Sanches (1995), a perspetiva ligada à descategorização, pela qual a catalogação das pessoas com deficiência baseada no diagnóstico médico/psicológico é substituída pela introdução do conceito ‘necessidades educativas especiais’, com base no diagnóstico pedagógico-educativo, traz consigo a exigência ao nível da formação de professores de educação especial”.

Aprofundando um pouco mais este assunto, explanamos o que é referido nos n.º 5 e 6 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro:

5 - Toda a informação resultante da intervenção técnica e educativa está sujeita aos limites constitucionais e legais, em especial os relativos à reserva da intimidade da vida privada e familiar e ao tratamento automatizado, conexão, transmissão, utilização e proteção de dados pessoais, sendo garantida a sua confidencialidade.

6 — Estão vinculados ao dever do sigilo os membros da comunidade educativa que tenham acesso à informação referida no número anterior.

Podemos encontrar literalmente o mesmo nos n.º 1 e 2 do artigo 9.º do Decreto Legislativo Regional n.º 15/2006/A – “Regime jurídico da educação especial e do apoio educativo” da Região Autónoma dos Açores.

Se ficássemos por aqui, poderíamos sintetizar que não haveria problemas em classificar, mas a mesma lei também nos diz, nos termos do n.º 3 do artigo 6.º, que “do relatório técnico-pedagógico constam os resultados decorrentes da avaliação, obtidos por referência à Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [CIF], da Organização Mundial de Saúde, servindo de base à elaboração do programa

educativo individual”. Já se constatou que a CIF não classifica pessoas, deixando bem claro que se quer afastar do rótulo.

Em suma, parece-nos que a abolição do rótulo traz benefícios, mas, como foi referido por Hobbs (1975 cit. por Kirk e Gallagher, 1996), a identificação das causas e a comunicação entre profissionais seria facilitada, sempre em benefício da adequação da intervenção educativa.

## 1.6. Prevalência da Deficiência Mental

Na década de noventa, a Associação Americana para Cidadãos com Deficiência Mental indicou que mais de 100 000 crianças que haviam nascido recentemente tinham probabilidades de apresentar deficiência mental (Nielsen, 1999). O mesmo autor também referiu que, segundo cálculos estatísticos, uma em cada dez famílias apresenta um caso de deficiência mental. É também possível constatar que a deficiência mental é menos incidente em crianças mais novas do que em crianças em idade escolar (Mercer, 1973 cit. por Morato e Santos, 2002) é mais incidente em crianças do sexo masculino do que no sexo feminino (Munpower, 1970 cit. por Morato e Santos, 2002). Como já se constatou, a deficiência mental, principalmente a ligeira, está intimamente relacionada com a idade escolar. A esse propósito, não deixa de ser pertinente referir que, na década de 90, Correia (1997) referia que havia quase 40000 alunos deficientes mentais nas escolas portuguesas (figura 2), equivalendo, segundo o autor, a 14% dos alunos com NEE.

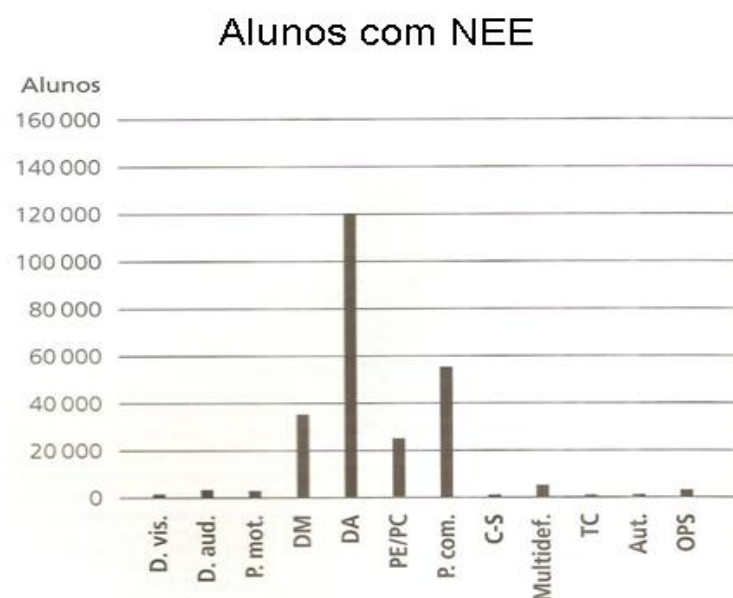


Figura 2 - Número estimado de alunos com NEE, por problemática, em Portugal (Correia, 1997)

Segundo Nielsen (1999), o Comité Presidencial dos E.U.A. para a Deficiência Mental aponta o facto de 75% da população que apresenta deficiência mental ser oriunda de zonas urbanas rurais marcadas pela pobreza. De todos que apresentam deficiência mental, estima-se que 87% manifestarão uma deficiência mental ligeira (Nielsen, 1999). Segundo Kirk e Gallagher (1996), a prevalência da deficiência mental ligeira, em âmbito geral, é de aproximadamente 10 em cada 1000 pessoas.

Nos restantes graus, Nielsen (1999) referiu que 13% apresentarão limitações mais graves no seu funcionamento, enquanto Kirk e Gallagher (1996) referem que na deficiência mental moderada a prevalência é de 2 a 3 em cada 1000 pessoas. Segundo a Associação para os Cidadãos com Deficiência Mental (1987 cit. por Nielsen, 1999, p. 49) “os indivíduos cuja deficiência mental é severa ou profunda representam 5% da totalidade da população com deficiência mental”. A incidência de crianças com deficiência mental grave/profunda é de 1 por 1000 crianças (Heward e Orlansky, 1986 citados por Vieira, 1996; Kirk e Gallagher, 1996).

Importa ainda referir que no atraso mental grave há uma prevalência de fatores biológicos na ordem dos 81% ao passo que no atraso mental moderado esta é de 43% (Andrada, 1991). Ou seja, parece indicar que os fatores biológicos estão mais relacionados com as manifestações mais graves da problemática. A etiologia é precisamente o ponto que se segue neste enquadramento teórico.

## **1.7. Causas da Deficiência Mental**

Nos diversos casos de disfunções cerebrais da criança, o estabelecimento correto da etiologia é, muitas vezes, difícil pois podem estar implicados múltiplos fatores de risco (Andrada, 1991). Noutros casos, parece não haver uma causa evidente. Mais evidente, como veremos de seguida, parece estar a ligação entre o conhecimento das causas da deficiência mental e possibilidade de a prevenir.

Nielsen (1999, p. 49) referiu que “apesar da deficiência mental ser permanente e irreversível, há autoridades nesta área que defendem a possibilidade de prevenir a ocorrência de 50% dos casos”. Só por esta razão, seria premente conhecer-se bem a etiologia da deficiência mental, não nos referindo apenas aos professores, mas também aos pais e futuros pais. Além disso, é questionável afirmar-se que a deficiência mental é “permanente e irreversível”, não só pelo que mostrou Itard com Victor, mas também pelo que mostraram alguns estudos que serão abordados mais à frente. Por outro lado, segundo Dockrell e McShane (2000, p.140), “para a maioria dos indivíduos diagnosticados como ‘retardados mentais’, não há causas orgânicas óbvias.

Geralmente, os níveis de QI deste grupo tendem a cair na faixa de moderada-leve (50-70)". Aparentemente, esta afirmação parece ser desoladora, mas, como se viu nos graus da deficiência mental e como se verá mais adiante, poderá haver uma justificação não orgânica óbvia.

Sobre a utilidade do apuramento da etiologia da deficiência mental, Morato e Santos (2002, p.29) referiram o seguinte:

A especificação da etiologia da deficiência permite aos técnicos uma identificação mais precisa e uma consciencialização mais detalhada sobre as possíveis causas para o aparecimento da perturbação e, conseqüentemente, quais os meios e as técnicas mais adequados a aplicar, objetivando-se a minimização das dificuldades dos sujeitos. Por outro lado, o conhecimento das etiologias desempenha um papel fundamental nos trabalhos de investigação nesta área permitindo a comparação dos casos que aparecem. A codificação etiológica permite a compreensão das relações patofisiológicas entre os grupos de causas e as estratégias de investigação e abordagem à deficiência.

Perante a possibilidade de minimização de dificuldades e otimização de potencialidades, creio que a irreversibilidade da deficiência mental estará em causa, ainda que possa ser de modo parcial. Mas, pelo que segue, veremos que faz sentido a ideia de Fonseca (1989, p. 27) quando referiu que "só um crescimento cultural global da sociedade, alicerçado numa informação e num esclarecimento contínuos, pode perspetivar uma visão mais ampla da prevenção da deficiência". Desta forma, conhecer a etiologia da deficiência mental poderá ser útil na prevenção e coadjuvante na sua reversibilidade.

Desde o início do século XX, têm sido sugeridas classificações etiológicas duais de deficiência mental, sendo os deficientes mentais divididos em dois grupos distintos, consoante a deficiência é ou não atribuída à ação de fatores biomédicos ou orgânicos (Albuquerque, 2000). Foram várias as designações propostas para esta dicotomização etiológica: patológica e subcultura (Lewis, 1933 cit. por Albuquerque, 2000), exógena ou endógena (Kephart e Strauss, 1940; Strauss e Werner, 1940 citados por Albuquerque, 2000), orgânica e familiar (Zigler, 1967 cit. por Albuquerque, 2000), debilidade patológica e normal (Chiva, 1969 cit. por Albuquerque, 2000). Visando também a dicotomia da etiologia, Fonseca (1995 cit. por Morato e Santos, 2002, p. 29) considera que as principais causas da deficiência mental englobam a "célebre controvérsia entre 'natura-cultura', onde fatores de privação cultural, fatores genéticos (ex. trissomia 21), fatores de lesão cerebral, infeções e fatores envolvimentoais jogam um papel decisivo, influenciador e multidisciplinador do desenvolvimento global dos indivíduos".

Apesar da classificação etiológica dicotômica, os modelos interacionistas, que defendem a ação mútua entre variáveis orgânicas e ambientais, são os que, provavelmente, reúnem maior consenso no que respeita à determinação da deficiência mental ligeira (Albuquerque, 2000). Para os graus inferiores, a proporção dos casos exógenos ou patológicos tende a ser mais elevada (Chiva, 1973 cit. por Albuquerque, 2000). Apesar disso, como será frisado nos subpontos seguintes, há autores que relacionam, de forma mais estreita, a relação entre as variáveis orgânicas ou ambientais com os graus da deficiência mental.

Em Bautista (1997) foi referido que a etiologia da deficiência é muito diversa, subdividindo a sua classificação em dois grandes fatores: Fatores Genéticos e Fatores Extrínsecos. Esses fatores subdividem-se sucintamente da seguinte forma:

#### Fatores genéticos

Estes fatores atuam antes da gestação. A origem da deficiência é determinada pelos genes. Estes, portanto, são fatores do tipo endógeno (atuam no interior do próprio ser) e subdividem-se em:

- Genopatias - Alterações genéticas
  - Metabolopatias – alterações no metabolismo de:
    - Aminoácidos (Fenilcetonúria, Homocistinúria, Síndrome de Lowe, Histidinemia, Hiperglicemia, Leucínose...);
    - Lípidos (doenças de Gaucher e Niemann-Pick, Gangliosidose, Lipoidose...);
    - Carbo-hidratos (Galactosemia, Intolerância à frutose, Hipoglicemias, Glucogenose, Mucopolissacaridose...);
    - Outras metabolopatias (Síndrome de Lesh-Nyhan, Acidose láctica, Cetoacidúria...);
  - Endocrinopatias ou alterações endócrinas e hormonais, tais como hipotireoidismo, Pseudo-hipotireoidismo...;
  - Síndromes Polimalformativas tais como Síndrome de Prader-Willi, Cornélia de Lange, Anemia aplásica de Fanconi...;
  - Outras Genopatias.
- Cromossomopatias – Síndromes devido a anomalias ou alterações nos cromossomas.
  - Síndromes Autossômicas Específicas, como:

- Trissonomia 21- Síndrome de Down;
- Trissonomia 18 – Síndrome de Edward;
- Trissonomia 13 – Síndrome de Patau;
- Outras alterações cromossômicas.
- Síndromes Autossômicas Não Específicas (trissomias e alterações cromossômicas não tão conhecidas como as anteriores)
- Síndromes Gonossômicas – alterações ligadas aos cromossomos sexuais, sendo os mais conhecidos os síndromes de Turner e de Klinefelter.

### Fatores extrínsecos

Estes subdividem-se em:

- Fatores Pré-Natais

O feto pode ser afetado por:

- Infecções (Rubéola, Citomegalia, Herpes, Sífilis congênita, Lúes, Listerioses, Toxoplasmoses ...);
- Endocrinometabolopatias (Perturbações da tiroide, Diabetes, Défices nutritivos...);
- Intoxicações, sendo vários os produtos tóxicos:
  - Álcool, tabaco...;
  - Fármacos (anticonvulsivos, anticancerígenos...);
  - Drogas (heroína, LSD...);
  - Chumbo, mercúrio...;
- Radiações;
- Perturbações psíquicas.

- Fatores Perinatais e Neonatais

Estes fatores atuam no momento do parto ou no recém nascido, destacando-se os seguintes:

- Prematuridade;
- Metabolopatias;
- Síndrome de sofrimento cerebral (placenta prévia, traumatismo obstétrico, arrefecimento, hemorragia intracraniana, anoxia...);
- Infecções (meningite, encefalite, sepsis...);
- Incompatibilidade RH (entre a mãe e o recém-nascido);

- Fatores Pós-Natais



São fatores que atuam após o nascimento, tais como:

- Infecções (meningite, encefalite, vacinas...);
- Endocrinometabolopatias (hipoglicemia, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hipercalcemia, má nutrição...);
- Convulsões;
- Anoxia (paragem cardíaca, asfixia...);
- Traumatismos Crânio-Encefálicos;
- Fatores Ambientais - deficientes “culturais-familiares”, normalmente são os ligeiros ou *bordeline*, com antecedentes num familiar próximo (pais ou irmãos), não se detetando nenhuma patologia orgânica e pertencendo, geralmente, a famílias de baixo nível cultural e socioeconómico.

Segundo Apgar (1974, cit. por Fonseca, 1989) existem cerca de 200 causas diferentes da DM e, dentro delas, a percentagem pesa para o lado dos fatores exógenos. Dentro dos exógenos estão os Fatores Ambientais. Dada a grande prevalência de indivíduos com deficiência mental ligeira na escola, e visto que os fatores ambientais assumem um papel preponderante nesse grau, é premente ver como o meio ambiente pode influir na deficiência mental.

### 1.7.1. A influência do meio ambiente na Deficiência Mental

Os fatores adversos do meio ambiente podem nos períodos críticos e sensíveis levar a alterações estruturais definitivas e irreversíveis na organização do Sistema de Nervoso Central, assim como, por outro lado, dada a maior plasticidade do cérebro da criança em desenvolvimento pode admitir-se que, através da estimulação do meio ambiente, se possa conseguir certo grau de compensação das áreas cerebrais lesionadas (Andrada, 1991).

Dentro dos fatores ambientais, os defensores do modelo desenvolvimentista propõem que os deficientes mentais sem etiologia orgânica (chamados de deficientes mentais “culturais-familiares”), correspondendo essencialmente ao grau ligeiro de deficiência mental, apresentariam a mesma sequência de estádios de desenvolvimento cognitivo que os sujeitos não deficientes mentais. Os defensores deste modelo acreditam que estes dois grupos de sujeitos só difeririam em apenas dois aspetos: os processos cognitivos dos deficientes mentais desenvolver-se-iam a

um ritmo mais lento e atingiriam um nível cognitivo final que se situaria abaixo do dos não deficientes (Albuquerque, 2000). Do lado oposto, o modelo deficitário defende que, em qualquer altura do desenvolvimento, e mesmo quando a idade mental é igual, os deficientes mentais exibiram uma nítida inferioridade, relativamente a sujeitos normais mais novos. Este modelo defende que essa inferioridade tende a acentuar-se ao longo do desenvolvimento, constituindo-se como “défice da idade mental” (Haywood, 1987 cit. por Albuquerque, 2000).

Já se constatou que a deficiência mental tem uma incidência forte nas famílias e zonas urbanas marcadas pela pobreza ou fracos recursos. Observou-se também que os fatores ambientais têm mais incidência na deficiência mental ligeira. Dada a multiplicidade de variáveis ambientais suscetíveis de influírem na deficiência mental, principalmente na ligeira, Albuquerque (2000) subdivide as variáveis em cinco tópicos:

- Privação social – Existem relatos que ilustram que situações de privação social severa e maltrato conduzem à deficiência mental e que um afastamento dessas circunstâncias permite uma recuperação considerável (Clarke, 1982, 1985; Rutter, 1985 citados por Albuquerque, 2000). A criança necessita, diariamente, de ser submetida a experiências enriquecedoras, sendo que a ausência desse tipo de vivências poderá retardar o desenvolvimento mental (Nielsen, 1999). Segundo Fonseca (1989), a linguagem que as crianças de origem social baixa utilizam é caracterizada por padrões de linguagem pouco complexos e normalmente agramaticais, cujo reflexo se faz sentir em todo o desenvolvimento cognitivo.
- Institucionalização precoce – No estudo da deficiência mental, também já se atribuiu alguma importância às consequências da educação em instituições, devido à ausência de cuidados maternos. A revisão de estudos efetuados sobre os efeitos a longo prazo da institucionalização precoce, mostraram que a deficiência mental, o atraso no desenvolvimento linguístico e as dificuldades de concentração eram comuns em crianças educadas em instituições (Loutre-Du Pasquier, 1981; Rutter, 1981 citados por Albuquerque, 2000).
- Baixo nível socioeconómico – Richardson (1981 cit. por Kirk e Gallagher, 1996) concluiu que as crianças com deficiência mental ligeira eram em maior número nas famílias com cinco ou mais filhos; que viviam em casas superpovoadas; a ocupação

da mãe antes do casamento era um trabalho não qualificado ou semiquualificado. Para Albuquerque (2000, p. 51), “a relação entre a deficiência mental ligeira e os estratos socioeconômicos mais frustes está bem estabelecida”. Convém referir que, apesar da deficiência mental ligeira ser mais frequente nos estratos socioeconômicos mais baixos, a generalidade dos indivíduos pertencentes a esses estratos não é deficiente mental (Campbell e Ramey, 1986; Ramey, MacPhee e Yeates, 1982 citados por Albuquerque, 2000).

- Características familiares – Resultados de algumas investigações (Estrada et al., 1987; Gottfried, 1984; Plomin e DeFries, 1983 citados por Albuquerque, 2000) indicam que o meio familiar influencia as capacidades cognitivas infantis, mesmo quando se controlam os contributos do QI materno ou do estatuto socioeconômico (Albuquerque, 2000).
- Programas de intervenção precoce e educação pré-escolar – Durante os primeiros anos de vida de um ser humano, produzem-se grandes e importantes alterações biológicas no cérebro, sendo as alterações das etapas posteriores mais pequenas (Troncoso e Cerro, 2004). Várias revisões de literatura têm realçado que a intervenção precoce e a educação pré-escolar resultam em benefícios substanciais para as crianças em risco ou deficientes mentais e as suas famílias (Casto, 1987; Ramey e Bryant, 1983 citados por Albuquerque, 2000).

Fonseca (1989) já havia referido que o ser humano é extremamente sensível aos efeitos do meio durante o período da primeira infância, em que ocorrem as mudanças de crescimento mais extraordinárias. Segundo o mesmo autor, o cérebro, por exemplo, cresce 90% desde o nascimento até aos cinco anos, daí o papel crucial que desempenha o desenvolvimento que ocorre nesse período. A estimulação, aqui, representa o alimento do organismo, quer no plano afetivo e cognitivo, quer ainda no plano nutricional. Para Fonseca (1989), todas as privações nestas áreas são responsáveis por lentidão e anomalias de desenvolvimento e de crescimento. Estes são apenas alguns dados que levaram este autor a considerar que a prevenção da DM teria que passar por ações de formação junto de grupos sociais, especialmente os grupos mais desfavorecidos.

Com o que foi referido, é legítimo referir que a falta de um ambiente rico em estímulos favoráveis, pode trazer problemas para o desenvolvimento da criança. Pode-se sintetizar que os fatores ambientais associados à etiologia da deficiência mental podem ser prevenidos, moderados e até revertidos.

### 1.7.2. A influência dos Fatores Biomédicos na Deficiência Mental

Se os fatores ambientais estão mais associados à deficiência mental ligeira, os fatores biomédicos estão mais associados aos graus moderado e severo.

Agentes tóxicos ingeridos pela mãe durante a gravidez, ou pela criança, podem perturbar o equilíbrio bioquímico interno. Os vírus ou germes, em forma de doenças infecciosas, podem causar danos duradouros ao sistema nervoso central (Kirk e Gallagher, 1996).

Mesmo a deficiência mental ligeira, normalmente mais associada ao resultado de causas psicossociais, foi sugerido por Lilienfeld e Pasamanick (1956 citados por Albuquerque, 2000) que poderia ser devida a complicações pré natais e perinatais frequentes em classes sociais mais baixas.

Neste domínio, Kirk e Gallagher (1996) apontaram algumas das causas mais frequentes da deficiência mental:

- Síndrome fetal do álcool – O álcool, ingerido pela mãe, atravessa a barreira placentária, permanece na corrente sanguínea do feto e deprime o funcionamento do sistema nervoso central.
- Envenenamento por chumbo – O chumbo, que pode ser encontrado por exemplo em tintas, quando ingerido pode chegar ao cérebro pelo sangue, resultando em deficiência mental (Kirk e Gallagher, 1996). Para Nielsen (1999, p.49), “todas as crianças em idade pré-escolar deveriam ser submetidas a testes que detetam a presença de chumbo no organismo. Se o nível de chumbo for perigosamente elevado, deveriam seguir-se uma série de tratamentos e as fontes de intoxicação deveriam ser identificadas e anuladas”.
- Vírus – A rubéola, também conhecido por sarampo alemão, pode causar deficiência mental, se a mãe contrair a doença nos primeiros três meses de gravidez. A encefalite é causada por um

vírus que provoca destruição celular no cérebro, com efeitos de longo prazo.

### 1.7.3. A influência da hereditariedade na Deficiência Mental

Como já foi mostrado através de Bautista (1997), as geneopatias poderão ter influência no diagnóstico da deficiência mental. Neste ponto será feita uma breve abordagem à influência dos genes, na forma não patológica, e às geneopatias na deficiência mental.

Muitos traços humanos, como cor de pele, altura, formação do corpo, são controlados pela ação conjunta de muitos genes. Geralmente, presume-se que o desenvolvimento humano intelectual seja o resultado de uma herança poligénica complexa que, quando combinada com certas condições ambientais, pode resultar em deficiência mental (Kirk e Gallagher, 1996). Estudos correlacionais de gémeos e de familiares biológicos e adotivos (Bouchard e McGue, 1981; Plomin e DeFries, 1983 citados por Albuquerque, 2000) confirmam a existência de efeitos genéticos substanciais, convergindo na conclusão de que os fatores genéticos explicam cerca de metade da variância dos resultados dos testes de inteligência (Albuquerque, 2000). Bouchard e McGue (1981 citados por Albuquerque, 2000) referiram que os mesmos elementos documentavam que as variâncias ambientais eram responsáveis por cerca de metade da variância fenotípica. Hagbert et al. (1981 citados por Albuquerque, 2000) referiram, em 29% dos sujeitos deficientes mentais ligeiros, a presença de familiares deficientes mentais ou de nível intelectual limítrofe, na ausência de outros determinantes etiológicos.

Não deixa de ser importante frisar, tal como foi referido por Kirk e Gallagher (1996), que é notável que o pai e a mãe contribuam com 23 cromossomas cada, em que centenas de genes permaneçam intocáveis em cada cromossoma, desempenhando o processo químico de produzir um novo ser humano, o que não surpreende que em alguns casos o processo se deturpe, como acontece nos casos do Síndrome de Down e a Fenilcetonúria

## 1.8. Estratégias e Adaptações Educativas

Para Andrada (1991), através de uma ajuda eficaz de reabilitação e apoio de educação especial, é possível conseguir estratégias alternativas de funcionamento e compensação das lesões pré, peri ou pós-natais que originam disfunções neurológicas crónicas na criança dando-lhe oportunidade de desenvolvimento das suas potencialidades. Estas estratégias serão mais eficazes quanto mais adequadas às especificidades das crianças.

Tal como nos outros indivíduos, também nos deficientes mentais o comportamento pessoal e social é variável. Não existem duas pessoas, deficientes ou não, que possuam as mesmas experiências ambientais ou a mesma constituição biológica (Bautista, 1997). Por essa razão, as propostas de intervenção terão que se adaptar a cada indivíduo, mesmo quando tendo o mesmo nível de deficiência mental. De uma forma geral, a pessoa com deficiência mental tem dificuldades nas capacidades de atenção, concentração e memorização, tem baixo nível motivacional, atrasos no desenvolvimento da linguagem, inadequação ao reportório social, dificuldades no processo ensino-aprendizagem (Fonseca, 1995 cit. por Morato e Santos, 2002). Nielsen (1999, p. 49) advertiu que “dado que o ritmo de desenvolvimento da criança com deficiência mental pode ser bastante mais lento do que a média, é importante que os serviços educacionais adequados se iniciem nos primeiros anos”. Troncoso e Cerro (2004) apontaram três características que são comuns nas diversas formas de deficiência mental:

- A aprendizagem é lenta;
- É necessário ensinar muitas coisas que os alunos sem deficiência adquirem sozinhos;
- É necessário avançar passo a passo no processo de aprendizagem.

Para Fonseca (1989), com estes alunos há que manipular variáveis, conhecer as potencialidades dos sujeitos, fazê-los passar por situações com significação e intencionalidade, onde se sintam competentes. Fonseca (1989, p. 104) referiu ainda que “a estratégia de intervenção não pode ser neutra ou acrítica, deixando que os deficientes passem o tempo em experiências hedónicas repetitivas e inconsequentes”.

Será importante a realização de programas de ensino-aprendizagem individualizados e motivantes, através de um conjunto de atividades de carácter lúdico e que impliquem a vivência de experiência pelo corpo, para que, deste modo, muitas das suas dificuldades sejam minimizadas e as potencialidades otimizadas (Morato e Santos, 2002). As tarefas que a maior parte dos alunos aprende a realizar praticamente sem instruções podem-se revelar difíceis de levar a cabo por alunos com

deficiência mental, o que implicará, entre outras coisas, o recurso a técnicas de manipulação, a objetos concretos, ao ensino individualizado, entre outras (Nielsen, 1999).

Importa inferir que o grau de implementação destas estratégias terá que ser mais intenso quanto mais grave for o grau de deficiência mental. Tal como Crnic (1988 cit. por Morato e Santos, 2002) recordou, os indivíduos deficientes mentais não constituem um grupo homogêneo, denotando-se desigualdades nas esferas já referidas.

Apresentam-se, de seguida, algumas recomendações de intervenção para cada nível de deficiência mental.

### 1.8.1. Na Deficiência Mental Ligeira

Como defenderam Kirk e Gallagher (1996), as crianças deficientes mentais educáveis, ou seja, com deficiência mental ligeira, têm como principal característica o facto de não aprenderem tão rapidamente como as outras crianças da mesma idade cronológica. Falta-lhes a capacidade de dominar ideias abstratas e, geralmente, “são incapazes de aprender assuntos incidentalmente, sem instrução, como faz a criança típica” (Kirk e Gallagher, 1996, p. 154). Segundo os mesmos autores, a criança com deficiência mental ligeira deverá ser instruída sistematicamente, não se podendo confiar na aprendizagem incidental, devendo a aprendizagem ser programada em sequência e apresentada de modo que a criança possa dar um passo adequado ao seu desenvolvimento.

Para implementar a instrução sistemática, Kirk e Gallagher (1996) consideram necessário que se apliquem princípios e técnicas como:

- Deixar a criança experimentar o sucesso;
- Dar “feedback” constante;
- Reforçar respostas corretas;
- Encontrar o nível ideal para a criança trabalhar;
- Proceder de modo sistemático;
- Mobilizar conhecimentos para outras situações;
- Limitar o número de conceitos apresentados em qualquer período;
- Repetir as experiências o suficiente.

Estes princípios não são mais do que aquilo que se exige num bom processo de ensino-aprendizagem. Acrescentaria que, com uma criança deficiente mental, haverá pouca margem ignorar qualquer um destes princípios.

Nielsen (1999) sugeriu que poderá ser necessário dividir as atividades em pequenos passos e solicitar um menor número de trabalhos escritos para alunos com deficiência mental. Essa sugestão leva-nos à dúvida do aluno conseguir cumprir ou não o currículo regular.

Quanto ao currículo, estes alunos poderão necessitar de algumas adequações. No sentido de responder às necessidades dos alunos, os professores deparam-se com vários desafios, sendo que “um dos maiores [desafios] terá que ver com a introdução dos novos currículos, que se pretende o mais explícita e diferenciada possível” (Correia, 2005, p. 44). Para Kirk e Gallagher (1996, p. 151), “o conteúdo do currículo para crianças deficientes mentais é semelhante ao da escola elementar. (...) No entanto, são necessárias modificações no processo educacional e curricular para que este se ajuste às características do aprendizado mais lento e de menor pensamento abstrato do deficiente mental”. As adequações curriculares estão contempladas no artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro, como uma das medidas de adequação para promover a aprendizagem e participação nos alunos com necessidades educativas permanentes. O mesmo artigo refere que as adequações curriculares “não põem em causa a aquisição das competências terminais de ciclo”, no ensino básico. As adequações curriculares são definidas por Luís Miranda Correia (2005, p.44) como “alterações ou suplementos ao currículo com o fim de maximizar o potencial do aluno”. Nos casos em que as adequações curriculares se manifestam demasiado exigentes, poderá ser ponderado o Currículo específico individual, tal como está explanado no artigo 21.º do mesmo diploma. Neste caso, tal como diz o n.º 2 do mesmo artigo, “o currículo específico individual pressupõe alterações significativas no currículo comum, podendo as mesmas traduzir -se na introdução, substituição e ou eliminação de objetivos e conteúdos, em função do nível de funcionalidade da criança ou do jovem”.

Desta forma, caberá aos professores averiguarem se há ou não necessidade de adequarem o currículo. Havendo necessidade, o verbo “subtrair” (objetivos e conteúdos) terá que ser substituído por “enriquecer”. Nos casos em que houver necessidade de substituir as competências para cada nível de ensino, deverá ser ponderado o Currículo Individual Adaptado.

### Comportamento

Em alguns casos de deficiência mental, os professores, além de terem que lidar com o atraso no desenvolvimento intelectual, também têm que lidar com o seu comportamento inaceitável, manifestado através de linguagem inadequada, falta de atenção e, às vezes, pelo seu comportamento agressivo (Kirk e Gallagher, 1996). Mas,



como é demais sabido, este problema não é exclusivo dos indivíduos com deficiência mental. A psicóloga Adriana Campos (2005) sugeriu que a aparente falta de atenção e os problemas de comportamento poderão ser a forma de disfarçar outro problema, ao referir o seguinte:

Imagine aqueles alunos que, mesmo esforçando-se por estar concentrados, não conseguem compreender nada. Naturalmente, ao fim de algum tempo desistem, procurando ocupar-se de uma forma menos frustrante. A desestabilização da sala de aula pode e é uma das soluções mais encontradas para vencer o tédio. Nestes casos concretos, que não são tão poucos como isso nas escolas portuguesas, a falta de atenção é apenas a máscara de um problema mais profundo: a incapacidade para aprender num determinado sistema de ensino, quantas vezes demasiado teórico para determinadas cabecinhas... (Campos, 2005, para. 7)

Como foi atrás referido, os problemas de comportamento não são exclusivos dos alunos com deficiência mental, mas os seus problemas de comportamento poderão partir de frustrações sucessivas na aprendizagem.

Gresham (1981 cit. por Kirk e Gallagher, 1996) estudou várias técnicas para lidar com os problemas de comportamento social das crianças deficientes, sugerindo, entre outras, as seguintes:

- Reforço diferencial – Trata-se de seguir os procedimentos básicos do comportamento, recompensando os comportamentos apropriados e ignorando o comportamento a ser criticado.
- Intervalo - É a retirada física da criança da situação reforçadora.
- Reforço social contingente – Poderá ser efetuado através de programas de compensação.

### 1.8.2. Na Deficiência Mental Moderada

Normalmente, nos alunos com deficiência mental moderada, ou treinável, o padrão do currículo escolar não é adequado, sendo necessário a planificação de um programa especial para lhes oferecer os conhecimentos e as habilidades adequadas ao seu nível de capacidade (Kirk e Gallagher, 1996). Um dos motivos que parecem levar estes autores a classificarem a criança deficiente mental como “treinável” é o facto de considerarem que o objetivo do programa de intervenção se deva a “treinar a criança para enfrentar, num estado limitado de dependência, problemas de ajuda e cuidados pessoais, de utilidade económica e de ajustamento social no lar e na vizinhança” (Kirk e Gallagher, 1996, p. 161). Numa perspetiva mais ambiciosa, Ribeiro (1996 cit. por Morato e Santo, 2002) alertou para a necessidade de se deixar os jovens

experimentarem várias situações de forma a minimizarem as condutas de dependência e a serem capazes de decidirem sobre questões que lhes são próximas.

Com este grau de deficiência, é provável que os alunos não consigam atingir as competências definidas nos currículos escolares, necessitando de um Currículo específico individual. O n.º 3 do artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de janeiro refere que “o currículo específico individual inclui conteúdos conducentes à autonomia pessoal e social do aluno e dá prioridade ao desenvolvimento de atividades de cariz funcional centradas nos contextos de vida, à comunicação e à organização do processo de transição para a vida pós – escolar”. De uma forma coincidente, Kirk e Gallagher (1996) já haviam referido que os objetivos gerais de um currículo para uma criança deficiente mental treinável deveriam estar relacionados com:

- Desenvolver habilidades para cuidado pessoal e autoajuda;
- Auxiliar o ajustamento social;
- Desenvolver utilidade económica.

Sobre a “utilidade económica”, Nielsen (1999, p. 51) referiu que “na sociedade atual, verifica-se uma tendência para integrar os indivíduos com deficiência mental através do exercício de profissões não especializadas”. Por essa razão, os indivíduos com deficiência mental necessitam de aprender a realizar tarefas que ajudem a desenvolver competências de trabalho a que possam recorrer nas situações do quotidiano (Nielsen, 1999).

Kirk e Gallagher (1996) consideraram que as crianças com deficiência mental treinável têm muitas dificuldades na aprendizagem da leitura, sendo frequente que apenas reconheçam palavras e frases isoladas. Têm dificuldade em aprender aritmética de modo formal, tendo esta que se relacionar com a vida quotidiana. Na escrita, é frequente que aprendam a escrever os seus nomes, endereços e números de telefone, além de algumas outras palavras que possam ser significativas. Na linguagem, espera-se que consigam ouvir histórias, discutir figuras e outras atividades que lhes sejam familiares. Tetzchner e Martinsen (2000), sugeriram uma intervenção educativa através de uma comunicação alternativa em crianças com Síndrome de Down<sup>6</sup>, visando a aceleração da aquisição da fala de modo a melhorar a qualidade da interação durante o período que antecede a fala. Os mesmos autores referiram que a forma mais comum de comunicação alternativa nestas crianças é um sistema de signos gestuais, embora deixem claro que não existe uma forma de comunicação que seja adequada para todas as crianças.

---

<sup>6</sup> Tetzchner e Martinsen (2000) mencionam a Síndrome de Down por ser o subgrupo maior e mais documentado da deficiência mental.

Por outro lado, há quem defenda que um deficiente mental treinável poderá evoluir para o grau de educável ou superior. Numa revisão de programas que educam crianças com Síndrome de Down, Rynders, Spiker e Horrobin (1978 cit. por Kirk e Gallagher, 1996) verificaram que um número substancial de crianças passou ao nível educável ou mais alto.

### Família

Devido aos argumentos propostos sobre a sua etiologia, muitas vezes, as famílias das crianças com deficiência mental moderada têm mais recursos do que a criança deficiente mental ligeira. Porém, “o aparecimento de uma criança com NEE no seio de uma família vai afetar as suas funções económicas, domésticas e de saúde, recreativas, de socialização, de afeto, identificação e educacionais/vocacionais” (Turnbull e Turnbull citados por Correia, 1996, p. 152). Em numerosos casos de deficiência mental é frequente ver uma atitude de superproteção por parte dos pais, que surtirá efeitos negativos no programa que está a ser aplicado na criança (Bautista, 1996). Mas isto não quer dizer que se devam demitir do seu papel. Kirk e Gallagher (1996) propuseram o modelo “pais como professores” de forma a que não desistissem de dar os estímulos adequados, por concluírem que os seus filhos conseguirão fazer muito pouco. Opinião similar apresentou Sousa (1998, p. 175), quando referiu que “pais e professores têm funções idênticas (transmitir conhecimentos e promover a socialização/autonomia), com papéis diferentes (os professores estão presentes num espaço e tempo limitado)”. Estas ideias são ainda reforçadas se atendermos ao que defendeu Fonseca (1989, p. 63), quando referiu que “a educação de uma criança deficiente mental começa após o nascimento. Não se pode aguardar cinco a seis anos para se encaminhar e orientar uma criança deficiente”. Por estas razões, parece que o melhor caminho deva passar pela convergência entre a escola e a família.

A escola e a família deverão convergir, sendo a comunicação importante, como sugeriu (Simpson, 1990 cit. por Correia, 1997, p. 153):

... a comunicação constitui um dos elementos fundamentais para um estabelecimento de relações de parceria no trabalho a desenvolver com os pais. As estratégias básicas para melhorar a comunicação entre pais e profissionais são a confiança e o respeito.

Para Sousa (1998), o trabalho do professor torna-se mais fácil e satisfatório, quando tem o apoio dos pais e acesso a mais informação sobre a criança, já que os pais conhecem a criança há mais tempo e sabem melhor como lidar com ela. Por outro lado, segundo Fonseca (1989), os pais querem ser ouvidos pelos técnicos no que diz respeito às prioridades da criança e quanto à planificação do seu futuro.

Vemos, portanto, que a convergência entre a escola e família poderá ser decisiva, sendo importante que nenhuma das partes baixe as expectativas em relação à criança.

### Comportamento

Por se tratarem de técnicas que não necessitam de linguagem ou comunicação para funcionarem, Kirk e Gallagher (1996) consideraram que o condicionamento operante, proposto por Skinner, pode ser influente na procura do comportamento desejado nestas crianças. O princípio básico da proposta de Skinner (1953 cit. por Kirk e Gallagher) é de que o comportamento da criança é determinado pelo modo pelo qual o ambiente responde a ela, sendo que o comportamento recompensado se repetirá e os que não recebem reforço tenderão a desaparecer. Neste caso, a estratégia educativa deverá organizar o ambiente de modo a favorecer o aparecimento do comportamento desejado.

### **1.8.3. Na Deficiência Mental Grave e Profunda**

Com crianças com este grau de deficiência mental, houve, até há bem pouco tempo, a discussão em torno do trabalho com o grupo ou fora dele (Vieira, 1996).

Kok (1985, cit. por Vieira, 1996) apontou os fatores externos como decisivos para a criação do clima de grupo, seguindo-se a definição de atividades a realizar pelo grupo e, posteriormente, a definição dos treinos a realizar individualmente com cada aluno.

Segundo Vieira (1996, p. 125) “o ritmo do dia de um grupo de alunos com deficiência mental profunda é muito marcado por atividades essencialmente relacionadas com a alimentação e os cuidados de higiene”. Segundo o mesmo autor, caberá ao educador ter motivação e capacidade para transformar essas tarefas em atividades ricas em oportunidades de aprendizagem.

O objetivo principal do professor, quando estão em causa alunos com deficiência mental profunda, é apoiar o desenvolvimento de competências que os tornem capazes de dar resposta às suas próprias necessidades e de exercer uma atividade (Nielsen, 1999).

O uso de reforços, também aqui, é muito importante, podendo-se, tal como sugere Vieira (1996), subdividir em reforçadores primários – comestíveis, bebíveis ou materiais – e reforçadores secundários – expressões verbais, afetivos e sociais.

No trabalho com estes alunos, Vieira (1996) considera que é importante o educador ter em conta:

- O espaço – Os professores deverão criar espaços que julguem agradáveis para os alunos e funcionais para as atividades;
- Material didático – a seleção do material está relacionado com os objetivos a alcançar, podendo muitos dos objetos do meio serem ótimos materiais didáticos;
- Horário – As atividades relacionadas com a higiene e as refeições estabelecem uma estrutura determinante para outras atividades.
- Seleção de atividades – As atividades a desenvolver deverão ser selecionadas em função dos objetivos constantes dos programas específicos dos alunos.

Apesar de serem alvo de serviços de educação especial, estes alunos poderão depender de terceiros durante toda a vida (Nielsen, 1999). O ensino deverá ser funcional, de modo a que o aluno consiga ter uma participação num meio menos restritivo, procedendo-se à avaliação em função dos resultados alcançados pelo aluno, nos diferentes contextos: escola, casa, comunidade (AAMR, 1992 cit. por Vieira, 1996).

#### 1.8.4. Súmula

Face ao que foi explanado, as estratégias de intervenção educativa com os alunos com deficiência mental deverão depender dos seguintes aspetos:

- Problemática do aluno - onde se incluirá o grau ou nível da deficiência mental, assim como as áreas onde existam limitações;
- Idade do aluno – o aluno com deficiência mental não deixa de ter os seus interesses, sendo a idade, por essa razão, uma variável a ter em conta;
- Percurso escolar do aluno – poderá ser importante para aferir o que correu mal e o que correu bem anteriormente, assim como se poderá verificar se a escola tem sido uma barreira ou facilitador do processo em todo o processo ensino-aprendizagem;
- Projetos de futuro do aluno – as estratégias de intervenção não poderão ignorar este fator. O aluno poderá ter interesses e/ou capacidades para efetuar um trabalho mais especializado do

- que aquilo que os seus professores possam prever e erradamente concluir;
- Contexto familiar – esta variável poderá ser importante para explicar as limitações e as potencialidades do aluno, assim como poderá dar informações acerca das expectativas criadas;
  - Ambiente em que se insere – já se viu que a CIF deixou claro que um indivíduo pode não ser considerado deficiente mental noutro ambiente, caso as expectativas do novo ambiente não sejam tão elevadas como eram as do ambiente anterior. Desta forma, é relevante compreender as expectativas do ambiente em que se insere o aluno, para que a intervenção educativa se possa processar de forma adequada;
  - Currículo – pelo que foi referido, o currículo não deve ser arrumado nos casos de deficiência mental, mas sim ajustado às limitações e potencialidades do aluno. Deve, portanto, ser uma das variáveis a ter em conta na intervenção educativa.
  - Escola e professores – a escola não poderá planear uma intervenção contando com recursos de que não dispõe. Nos recursos, estarão incluídos os materiais e os humanos. Por essa razão, a intervenção educativa só poderá prever aquilo que estiver ao alcance da escola poder proporcionar.

## **2. Os professores e as NEE**

### **2.1. A formação dos professores em NEE**

O trabalho dos professores implica uma atualização constante ao nível legislativo, curricular, pedagógico, entre outras áreas. O mesmo também se aplica ao conhecimento da problemática dos seus alunos, de modo a poderem desenhar uma intervenção educativa adequada.

Segundo a UNESCO (1988 cit. por Sanches, 1995, p. 23), “a qualidade dos serviços educacionais para pessoas com deficiência depende da qualidade da formação. A formação do pessoal deverá ser uma parte integrante do plano nacional do país, e os requisitos da formação são para ser considerados na perspetiva dos grandes planos”. Num contexto de uma educação inclusiva, todos os professores necessitam de algum conhecimento sobre deficiências e dificuldades de aprendizagem, algumas competências para o ensino de alunos com NEE e da capacidade para contribuir para a avaliação de alunos com necessidades mais evidentes (Rodrigues, 2001). Para Isabel Sanches (1996, p. 68) “os professores em geral ficam bloqueados com algumas situações mais difíceis e não sabem como atuar (...). É de ajuda a este nível que eles estão à espera e não tanto de saberem todas as problemáticas que envolvam ‘o caso’ e que na maior parte das vezes apoia a teoria de que não há nada a fazer”. Com isto, Sanches refuta a ideia de que os professores querem saber qual é a problemática, julgando que eles necessitam é de ajuda para atuar. Mas sabendo as causas e conhecendo melhor o problema, creio que os professores do ensino regular terão menos tendência para ficarem “bloqueados”.

Fala-se na necessidade formação de professores para que possam responder às necessidades dos alunos com NEE, mas Luís Miranda Correia (2005, p. 28) alargou o leque, referindo que “...há que ir mais longe, preparando todos os agentes educativos da zona de influência da escola para ficarem aptos a responder às necessidades dos alunos com NEE”. Para este autor, pelo menos os educadores, os professores e os auxiliares de ação educativa necessitam de formação específica que lhes permita perceber minimamente as problemáticas que os seus alunos apresentam, que tipo de estratégias devem ser consideradas para lhes dar resposta e que papel devem desempenhar as novas tecnologias nestes contextos.

Quanto aos professores especializados, a educação inclusiva, trouxe a progressiva tendência para que esta formação tivesse lugar após a formação básica e, em alguns casos, mesmo só após alguns anos de experiência profissional (Rodrigues,

2001). Tal como referiu Sanches (1995), a substituição da catalogação das pessoas com deficiência baseada no diagnóstico médico/psicológico pela introdução do conceito 'necessidades educativas especiais', com base no diagnóstico técnico-pedagógico trouxe maior necessidade de formação aos professores de educação especial.

A formação contínua tem um papel influente no processo de atualização de conhecimentos do professor. Há vários modelos de formação contínua, desde os que são organizados aleatoriamente nos locais de trabalho até aos cursos de estudos pós-graduados. A formação contínua trata-se de um elemento essencial para educação inclusiva, já que muitos professores em exercício não possuem as competências que são requeridas na perspetiva da inclusão (Rodrigues, 2001). Isabel Sanches (1996, p. 72) referiu que há “necessidade de reestruturação de saberes e competências do professor, assentes numa valorização social e profissional em que o próprio professor terá que ser o seu principal agente dinamizador”. Mas, no âmbito das Necessidades Educativas Especiais, também teremos que refletir se os documentos gerados pela intervenção especializada dão as informações necessárias ao professor do ensino regular, tais como as causas e características daquela dificuldade ou deficiência, de modo a que o professor possa efetuar as suas pesquisas sobre a temática, compreendendo melhor a problemática e aplicando as mais adequadas estratégias de intervenção.

## **2.2. Papel do professor de Educação Especial**

Acerca do papel que o professor de Educação Especial, Vítor da Fonseca (1989) referiu que este deveria ter um campo amplo de atuação, abrangendo, entre outros:

- Sessões de informação e da formação de outros professores;
- Orientação e observação;
- Intervenção pedagógica com crianças deficientes;
- Responsabilidade de casos e de pequenos grupos;
- Ações de apoio e encaminhamento;
- Projetos experimentais;
- Investigação regional;
- Planificação de ações de identificação precoce.

Na década de 90, Sanches (1995) referiu que, devido ao aumento de estudantes com deficiência nas escolas regulares, o professor de educação especial ia



surgir como um dos principais recursos dos professores de ensino regular, em termos de consultor, agente de formação, dinamizador e gestor dos meios disponíveis para a implementação dos programas de intervenção desenhados para as crianças e jovens com necessidades educativas especiais, integrados nas escolas do ensino regular.

No entender de Correia (2005), o professor de educação especial deveria prestar um apoio mais indireto, do que direto, contemplando, entre outros, a cooperação no ensino e a consultadoria aos pais e professores. O mesmo autor defende que o professor de educação especial deve saber:

- Modificar (adequar) o currículo para facilitar a aprendizagem da criança;
- Propor a ajuda suplementar e serviços de que o aluno necessite para ter sucesso;
- Alterar as avaliações para que o aluno possa vir a mostrar o que aprendeu;
- Estar ao corrente de outros aspetos do ensino, designadamente do ensino individualizado, que possam responder às necessidades do aluno.

Correia (2005) salienta que não poderá haver confusão entre o professor de apoio educativo e o professor de educação especial. Para este autor, enquanto que o primeiro deve exercer uma função paralela à sua área forte de docência, levando o aluno a adquirir as competências numa respetiva área, o professor de educação especial, tal como se referiu anteriormente, “é um técnico especializado, cujas funções são cada vez mais de consultadoria e menos de apoio direto” (Correia, 2005, p.29). Já Isabel Sanches (1996, p. 68) referiu que o professor de ensino especial deveria ter um “papel essencialmente pedagógico e não servir de substituto do psicólogo ou do assistente social”.

Parecendo equilibrar as posições defendidas por Sanches (1996) e por Correia (2005), Sousa (1998) referiu que as funções do professor do ensino especial, referenciadas ao contexto de integração, deveriam passar por:

- Realizar diagnósticos e avaliações processuais;
- Planificar, programar e desenvolver programas de intervenção que vão ao encontro das necessidades da criança e do professor do ensino regular;
- Intervir nas áreas em que o aluno apresente problemas académicos e sociais;
- Promover a educação parental;

- Colaborar na elaboração dos PEI;
- Apoiar os colegas com ideias, métodos e técnicas; desenvolver dentro e fora da escola a difusão de informações importantes acerca da educação especial;
- Preparar o aluno para atividades na classe regular.

### 2.3. A situação na ilha Terceira

Neste ponto far-se-á uma sumária descrição do número de professores de Educação Especial que lecionam atualmente nas escolas públicas da ilha Terceira. Antes, para que se possa perceber a evolução ocorrida, será apresentada a situação que se verificava no final da década de 80 ao nível do corpo docente de Educação Especial.

No ano letivo 1988/1989, havia, em toda a Região Autónoma dos Açores (RAA), 59 professores de Educação Especial. Na ilha Terceira, contabilizavam-se 16 professores de Educação Especial (DROP<sup>7</sup>, 1989 cit. por Meneses, 1991), registando-se que três ilhas do arquipélago não contavam com qualquer professor de educação especial.

**Tabela 2** – Distribuição dos professores de Educação Especial nos Açores, no ano letivo 1988/1989

	Infantil	Primário	Preparatório e Secundário	Total
Santa Maria		1		1
São Miguel		15	14	29
<b>Terceira</b>		<b>10</b>	<b>6</b>	<b>16</b>
Graciosa			2	2
Faial	1	4	2	7
Pico		2	2	4
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>32</b>	<b>26</b>	<b>59</b>

Fonte: DROP (cit. por Meneses, 1991)

Segundo Meneses (1991), naquela altura a Educação Especial dos Açores não se limitava a integrar crianças e jovens com NEE decorrentes de problemas sensoriais, motores, cognitivos ou emocionais, mas também, e quase em exclusivo, tinha responsabilidade no combate ao insucesso escolar.

Relativamente à formação, dos 59 professores, só 18 tinham especialização, visto que os Açores tinham direito apenas a 3 vagas anuais nas Escolas Superiores de

<sup>7</sup> Direção Regional da Orientação Pedagógica

Educação do Porto e Lisboa para a obtenção da especialização. Segundo Meneses (1991), a região, dois anos antes, devido às vagas para especialização, contava apenas com 11 professores de educação especial. O salto ficou a dever-se às ações de formação realizadas na região como forma de habilitar novos professores de educação especial.

**Tabela 3** – Via da formação dos professores de Educação Especial nos Açores, no ano letivo 1988/1989

	Infantil	Primário	Preparatório e Secundário	Total
Especialização	1	16	1	18
Ações de formação na região		16	25	41
Total	1	32	26	59

Fonte: DROP (cit. por Meneses, 1991)

Atualmente, de acordo com a Portaria n.º 14/2012 de 26 janeiro de 2012, há cerca de 183 professores dos quadros de Educação Especial nas escolas públicas da Região Autónoma dos Açores, estando 42 deles nos quadros das escolas públicas da ilha Terceira. Desses 42, 36 lecionam no ensino pré-escolar e/ou 1.º ciclo – grupo 120, enquanto 6 lecionam nos 2.º/3.º ciclos e/ou secundário – grupo 700. Estes números podem não corresponder aos professores em exercício, já que, anualmente, alguns destes docentes poderão solicitar mobilidade para outras ilhas. Estando este número sujeito a alteração anual, confrontamos com os dados cedidos pela Direção Regional de Educação, verificando que no letivo que serviu de base à Portaria n.º 14/2012 (2011/2012) havia 57 professores de Educação Especial na ilha Terceira, contando com os professores com contrato a termo.

Hoje, a formação pós-profissionalização é obrigatória para que se possa lecionar nos grupos da Educação Especial nos Açores – grupos 120 e 700. As ações de formação contínua creditadas na área de Educação Especial existem anualmente, embora os professores de Educação Especial tenham prioridade para as frequentar. Tal situação faz com que apenas um número residual de professores do ensino regular tenha acesso às ações de formação creditadas na área da Educação Especial.

Constata-se, portanto, que, desde o final da década de 80 até à atualidade, houve uma clara evolução ao nível dos recursos humanos e da formação nos Açores e, consequentemente, na ilha Terceira. Há, contudo, indícios de que ainda muito possa estar por fazer no que concerne à formação dos professores do ensino regular sobre temáticas mais comuns na educação especial.

## **2.4. Os professores, a deficiência mental, a formação e a experiência – alguns estudos**

A temática da deficiência mental tem sido referida inúmeras vezes em diversos estudos. De seguida, é feita uma breve referência a algumas investigações que reuniram aspetos comuns com os objetivos da presente investigação.

No seu trabalho de investigação, que se debruçava sobre a deficiência (mental, motora visual e auditiva), Carvalho (2011) tinha como objetivo verificar se o contacto com a deficiência (a nível de experiência no ensino, formação inicial ou contacto na infância/juventude), por parte dos professores, influenciava as suas atitudes em relação à formação necessária para a inclusão. Entre as conclusões, verificou-se que a experiência de ensino influenciava significativamente a atitude dos professores face à formação necessária, mas, em relação à formação, a atitude dos professores não se diferenciava.

Uma das conclusões do estudo de Hassamo (2009), que abordava a relação de crenças, atitudes e práticas pedagógicas de professores na inclusão de alunos com deficiência mental, referia a ausência de influência dos anos de experiência, na construção de crenças, atitudes e práticas inclusivas. Talvez tenha sido uma das razões que levou a investigadora a referir que “deste estudo emerge o impacto que a formação profissional de professores poderá ter na formulação das crenças, atitudes e práticas inclusivas” (Hassamo, 2009, p. 44).

No estudo desenvolvido por Pereira, Shirahige e Silva (2006), averiguaram se os professores distinguem deficiência mental de dificuldades de aprendizagem. Relativamente à deficiência mental, referiram que os professores “possuíam uma ideia geral de deficiência mental, sem terem conhecimento profundo quanto às suas características bem como às etiologias” (Pereira et al., 2006, p.11). Neste estudo, concluiu-se que os professores identificavam bem as características da deficiência mental, mas apenas quando associados aos casos mais graves da problemática. Tais resultados levam a pensar que nos casos de menor gravidade, a problemática parece ter sido confundida pelos docentes com um insucesso escolar comum.

Os estudos aqui sumariamente referenciados indicam-nos que a formação e a experiência poderão não ser, por si só, influenciadores de atitudes e de práticas dos professores.

O conhecimento à acerca da etiologia e das características da deficiência mental, por ser uma problemática frequente no universo da universidade das necessidades educativas especiais, tal como referiu Luís Miranda Correia (1997), parece merecer maior atenção por parte dos docentes. É, por isso, pertinente verificar a influência que o tipo de formação em deficiência mental e a experiência na lecionação de alunos com

essa problemática exercem nas concepções dos professores acerca da deficiência mental.

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

## 1. Metodologia da Investigação

A primeira parte da investigação consistiu na revisão da literatura sobre o tema, permitindo, com a devida delimitação, conhecer melhor as vertentes da problemática e sustentar a parte prática do estudo. Assim, partindo do enquadramento teórico, pretendeu-se fazer um estudo compreensivo do assunto em questão, procurando verificar a existência de relação das variáveis em estudo. Para Carmo e Ferreira (2008, p. 231), a investigação descritiva “implica estudar, compreender e explicar a situação atual do objeto da investigação”. Visto que se pretende compreender melhor a situação problematizada, sem reunir todas as condições para a explicar, este estudo enquadra-se numa investigação descritiva, nos moldes apresentados por Carmo e Ferreira (2008), mas com cariz exploratório. Acerca da investigação descritiva, Carmo e Ferreira (2008, p. 231) referiram que “a informação recolhida pode dizer respeito, por exemplo, a atitudes, opiniões (...) [e] dado que são formuladas questões que não tinham sido postas anteriormente ou que se procura obter dados que não estavam disponíveis, esta investigação exige frequentemente a elaboração de um instrumento apropriado para a informação necessária”. Acerca do instrumento de uma investigação descritiva, os mesmos autores ainda referem que “este deverá ser testado e corrigido antes de ser administrado aos sujeitos que constituem a amostra” (Carmo e Ferreira, 2008, p. 232). Visto que para esta investigação era necessária a participação dos docentes com uma boa significância de modo a proporcionar algum reflexo das concepções do público-alvo, considerou-se adequada a aplicação de um inquérito por questionário, tanto a professores do ensino regular como da educação especial. Segundo Carmo e Ferreira (2008), a investigação qualitativa costuma focalizar-se em amostras pequenas, enquanto que a investigação quantitativa tem por base amostras de maiores dimensões. Visto que se pretendia um estudo objetivo que possibilitasse encontrar relações entre as variáveis, considerou-se adequado o tratamento estatístico dos dados, recolhidos através do questionário com perguntas fechadas, optando, deste modo, por uma metodologia quantitativa.

Nos pontos seguintes serão expostos, de uma forma mais detalhada, os procedimentos metodológicos tidos em conta para a realização do estudo, mencionando, entre outros, a definição do problema, as hipóteses formuladas, os objetivos do estudo, a determinação e definição da amostra, a técnica de amostragem e o instrumento de recolha.

## 1.1 Problema e Objetivos

Esta investigação pretende verificar se a formação e a experiência dos professores exercem influência nas suas concepções acerca da Deficiência Mental.

De acordo com Almeida e Freire (2007 cit. por Garcia, 2011), o problema deve ser concreto ou real, reunir todas as condições para ser estudado e operacionalizado através de hipóteses científicas, deve ser relevante tanto para a teoria como para a prática e deve ser formulado de uma forma clara e perceptível aos outros. Desta forma, apresento o problema desta investigação:

Qual é a influência da formação e da experiência nas concepções que os professores têm acerca da deficiência mental?

Assim sendo, os objetivos da investigação passarão por:

### Objetivo geral

- Verificar se as concepções dos professores acerca da temática, nas várias características, variam em função do tipo de formação acerca da deficiência mental e/ou do tempo de experiência na leção de alunos com deficiência mental.

### Objetivos específicos

- Aferir o conhecimento que os professores têm acerca da etiologia da deficiência mental, verificando se esse conhecimento varia com o tipo de formação em deficiência mental ou com a experiência na leção de alunos com deficiência mental;
- Conhecer as características que os professores associam à deficiência mental, verificando se essas concepções variam com o tipo de formação em deficiência mental ou com a experiência na leção de alunos com deficiência mental;
- Conhecer a opinião dos docentes acerca da intervenção em alunos com deficiência mental, verificando se essa opinião varia com o tipo de formação em deficiência mental ou com a experiência na leção de alunos com deficiência mental;
- Conhecer as formas que os professores privilegiam na procura de conhecimento acerca da DM, verificando se essas formas variam com o tipo de formação em deficiência mental ou com a experiência na leção de alunos com deficiência mental;
- Conhecer as opiniões dos docentes acerca do papel que os professores de Educação Especial devem ter nos casos de DM, verificando se essas



opiniões variam com o tipo de formação em deficiência mental ou com a experiência na leção de alunos com deficiência mental.

## 1.2. Hipóteses e Variáveis

A questão central que orientou este estudo reside em saber quais as concepções que os professores têm acerca da deficiência mental, estabelecendo a devida relação entre as mesmas concepções e a experiência e a formação sobre a temática. Pretende-se então saber se a formação na área da deficiência mental e/ou a experiência com alunos com essa problemática influenciam as concepções e o conhecimento que os professores têm acerca da deficiência mental. Para este estudo, as hipóteses formuladas são direcionais e são as seguintes:

Hipótese 1 – O conhecimento das causas da DM, por parte dos docentes, varia em função do tipo de formação que estes têm em DM e da experiência na leção de alunos com DM.

VI – Tipo de formação em DM dos docentes e experiência na leção de alunos com DM

VD – Conhecimento das causas da DM

Hipótese 2 – O conhecimento das características da DM, por parte dos docentes, varia em função do tipo de formação que estes têm em DM e da experiência na leção de alunos com DM.

VI – Tipo de formação em DM dos docentes e experiência na leção de alunos com DM

VD – Conhecimento das características da DM

Hipótese 3 – As ideias dos docentes acerca das estratégias de intervenção na DM diferem consoante o tipo de formação que têm em DM e da experiência na leção de alunos com DM.

VI – Tipo de formação em DM dos docentes e experiência na leção de alunos com DM

VD – As ideias acerca das estratégias de intervenção na DM

Hipótese 4 – As opiniões dos docentes acerca da procura de conhecimento em DM variam em função do tipo de formação que têm em DM e da experiência dos docentes na leção de alunos com DM.

VI – Tipo de formação em DM dos docentes e experiência na leção de alunos com DM

VD – As opiniões acerca da procura de conhecimento sobre a DM

Hipótese 5 – As opiniões dos docentes acerca do papel do professor de Educação Especial (EE) nos casos de DM difere em função do tipo de formação que têm em DM e da experiência na leção de alunos com DM.

VI – Tipo de formação em DM dos docentes e experiência na leção de alunos com DM

VD – Opinião acerca do papel do professor de EE nos casos de DM

### 1.3. Instrumento da Investigação

O instrumento para recolha de dados foi escolhido em função do problema, dos objetivos e das hipóteses da investigação. A recolha de dados fez-se através de um inquérito por questionário que, segundo Pardal (1996 cit. por Silva, 2011), é a técnica de recolha de dados mais utilizada no âmbito da investigação sociológica.

O questionário foi escolhido em detrimento da entrevista pelas seguintes razões:

- Evitar respostas que fossem ao encontro do agrado do entrevistador;
- Preservar o anonimato para reduzir a desejabilidade social e aumentar a autenticidade das respostas;
- Possibilitar que o inquirido respondesse no momento mais adequado;
- Menor despesa financeira;
- Possibilitar a recolha de dados de forma mais rápida e objetiva.

Não foi possível usar um questionário previamente concebido e testado em estudos anteriores que fosse adequado aos objetivos desta investigação. Por essa razão, houve a necessidade de construir o nosso próprio instrumento, a partir do enquadramento teórico deste estudo. Segundo Carmo e Ferreira (2008, p. 156), “é convergente a opinião de que as questões objetivas são mais fiáveis que as questões subjetivas”. Por essa razão, optou-se por um questionário com perguntas fechadas e objetivas direcionando o estudo para um processo de tratamento quantitativo, facilitado pelo tratamento estatístico dos dados. Houve a necessidade de colocar um número de questões que possibilitasse abranger a problemática a inquirir, assim como houve a preocupação de não apresentar numerosas questões, evitando o efeito dissuasor sobre os inquiridos.

Para o desenho do questionário, recorreremos à escala de Likert, onde, tal como foi sugerido por Lima (2000 cit. por Cunha, 2007), procedeu-se à elaboração de frases que manifestavam opiniões favoráveis e desfavoráveis em relação à temática a estudar. Neste caso, para cada escala, metade dos itens demonstram uma posição favorável e a outra metade uma posição desfavorável. Foram pensadas três alternativas de resposta para cada item, mas considerou-se que isso poderia não abranger o grau de concordância ou discordância de muitos inquiridos. Por essa razão, cada item da escala ficou com cinco alternativas de resposta, que vão desde “Discordo totalmente” a “Concordo totalmente”.

No cabeçalho procedeu-se à sua apresentação, indicando a finalidade e alertando para o anonimato do questionário, a fim de permitir aos inquiridos o seu preenchimento sem receios, de forma objetiva e sincera.

O questionário, tinha no total 33 questões, onde foram contemplados os seguintes aspetos:

- Caracterização sociodemográfica da amostra - 8 questões iniciais não numeradas;
- Conhecimentos acerca da etiologia da deficiência mental - itens 1 a 5;
- Conhecimentos acerca das características da deficiência mental – itens 6 a 10;
- Opiniões acerca das estratégias de intervenção na deficiência mental – itens 11 a 15;
- Opiniões acerca da procura do conhecimento sobre da deficiência mental – itens 16 a 20;
- Opiniões acerca do papel do professor de Educação Especial nos casos de deficiência mental – itens 21 a 25.

A seleção das questões visava alcançar os objetivos propostos para este estudo, sendo que cada secção, além da caracterização sociodemográfica, contemplava as hipóteses da investigação. As questões que implicavam maior esforço na compreensão, por parte dos respondentes, foram deixadas para o final de cada temática. Pela forma do inquérito, as variáveis são maioritariamente ordinais e nominais ou categoriais. O questionário foi disponibilizado numa página da Google Docs<sup>8</sup>, tanto no pré-teste como na sua versão final (apêndice).

---

<sup>8</sup><https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dEg4ZlZDNE1mTGhiSzQ2M2lwWmw3eIE6MA>

### 1.3.1. Fiabilidade

Para verificarmos se as questões eram compreensíveis, efetuou-se um pré-teste, com a participação de 32 elementos pertencentes à população-alvo. Para o estudo de fiabilidade, procedeu-se à análise da consistência interna para cada uma das dimensões (subescalas) do questionário, dado pelo cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach. Verificaram-se resultados inaceitáveis de fiabilidade, como mostra a tabela 4.

**Tabela 4** – Coeficientes de fiabilidade Alfa de Cronbach no Pré-Teste obtidos nas subescalas

	Alfa de Cronbach
Causas da DM	0,288
Características da DM	0,255
Estratégias de intervenção na DM	0,420
Procura do conhecimento sobre DM	0,482
Papel do prof. de EE nos casos de DM	0,064

Detetaram-se os itens que, quando retirados, aumentariam o alfa da escala. Mas, por se considerar que esses itens referiam assuntos imprescindíveis para a escala e pela necessidade de manter o equilíbrio entre os itens favoráveis e desfavoráveis, optou-se por reformula-los, tentando melhorar a sua clareza. Assim sendo, os resultados do pré-teste serviram para reformular os itens 2, 4, 6, 18, 22 e 24. Nesta fase, os respondentes foram encorajados a fazerem observações e sugestões acerca de cada uma das questões, o que fez com que, além da reformulação dos itens já referidos, a idade deixasse de ser um campo numérico para passar a estar por categorias. A limitação temporal do estudo, não permitiu que se repetisse o pré-teste, assim como se considerou que os respondentes do pré-teste poderiam reunir condições demasiado específicas que provocassem tais resultados. Por estas razões, feitas as alterações, decidiu-se então avançar com as questões efetivas para a amostra. No fim da recolha, verificou-se que a consistência interna do questionário efetivo apresentou resultados muito semelhantes ao do pré-teste.

### 1.3.2. Validade

No final do pré-teste não estavam reunidas as condições para a análise fatorial, devido à reduzida amostra, devido ao teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) das escalas ser inferior a 0,5 e o *Bartlett Test of Sphericity* (BTS - teste de esfericidade de Bartlett) ser superior a 0,05. Após a recolha definitiva, efetuaram-se os mesmos testes, registando-se ligeiras melhorias.

A correlação entre os itens, dada pelo teste de Esfericidade de Bartlett, é estatisticamente significativa em quatro escalas, não o sendo na escala “Causas da Deficiência Mental” ( $\chi^2 = 12,014$ ; gl=6;  $p=0,062$ ), uma vez que, segundo Filho e Júnior (2010), quando  $p>0,05$  não é estatisticamente significativa.

O valor da medida da adequação da amostragem de Kaises-Meyer-Olkin foi, segundo Maroco (2003 cit. por Cardoso, 2011), má mas aceitável em todas as escalas ( $KMO>0,5$ ), com a exceção da escala “Características da deficiência mental” que foi, segundo o mesmo autor, inaceitável ( $KMO=0,497$ ).

**Tabela 5** – A medida de KMO e esfericidade de Bartlett das subescalas

	KMO	BTS ( $p=$ )
Causas da DM	0,503	0,062
Características da DM	0,497	0,000
Estratégias de intervenção na DM	0,519	0,000
Procura do conhecimento sobre DM	0,602	0,000
Papel do prof. de EE nos casos de DM	0,574	0,000

Procedeu-se à análise fatorial em componentes principais das três escalas com valores aceitáveis. Verificou-se que todos os fatores apresentam valores próprios  $>1,00$  e, na totalidade, os fatores explicam 50,8% da variância explicada. Retirados os valores de saturação inferiores a 0,30, constata-se que 3 itens saturam fora do fator previsto, assim como 3 itens saturam em mais do que um fator, tal como se pode verificar na tabela 6.

A baixa medida de adequação da amostragem e a limitação temporal para a exequibilidade do trabalho, fizeram com que não se procedesse a qualquer adaptação.

**Tabela 6** – Matriz de saturação dos itens nos fatores para solução rodada Varimax com três fatores. Inclui valores próprios, % da variância explicada e % cumulativa.

Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3
11	,723		
12	,620		
13			,680
14			,667
16	,815		
17	,835		
18			,425
19	-,598	,394	
21	,308	,394	
22		,733	-,321
23		,788	
24		,532	
Valores próprios	2,922	1,852	1,323
% Variância explicada	24,348	15,437	11,023
% Variância cumulativa	24,348	39,785	50.807

## 1.4. Cronograma

**Tabela 7** - Cronograma da Investigação

Meses	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.
Atividades						
Elaboração da pergunta de partida						
Revisão da Literatura						
Planeamento da metodologia e da estrutura da investigação						
Aplicação do Pré-Teste						
Aplicação do questionário						
Recolha de dados						
Análise e interpretação dos Resultados dos dados						
Discussão dos resultados e conclusões						

## **1.5. Protocolo de recolha e aplicação de dados**

Depois de elaborada a versão final do questionário, pedimos à Direção Regional de Educação que reencaminhasse o endereço do questionário para os conselhos executivos das escolas públicas da ilha Terceira, com o pedido de o fazer chegar aos professores da sua escola, para que todos os docentes tivessem a mesma oportunidade de participar no estudo. Posteriormente, através da base de dados da Secretaria Regional da Educação Ciência e Cultura, foi enviada a mensagem com o endereço do questionário para todos os endereços de e-mail oficiais dos professores das escolas públicas da ilha Terceira. Também nesta fase posterior, com o intuito de aumentar significativamente a amostra, surgiram pedidos de reencaminhamento do questionário entre os professores e, em algumas escolas, os questionários tiveram que ser entregues presencialmente em papel.

No corpo da mensagem do e-mail continha o pedido de colaboração, o tempo médio de resposta e o endereço para a página Web onde estava alojado o questionário. Seguiu-se o tratamento e análise dos dados a que nos referiremos mais adiante.

## **1.6. Dimensão e critérios de seleção da amostra**

### **1.6.1. População-alvo**

Os professores do ensino público não superior da ilha Terceira foram definidos como população-alvo deste estudo. Visto que a ocorrência da problemática é muitas vezes detetada na idade escolar (Mercer, 1973 cit. por Morato e Santos, 2002) e poderá ocorrer até aos 18 anos (Luckasson et. al., 2002, cit. por Carvalho e Maciel, 2003), considerou-se que os níveis de ensino da população-alvo, e consequentemente da amostra, deveriam ir desde o ensino pré-escolar ao ensino secundário.

Englobando os níveis de ensino compreendidos entre o pré-escolar e o secundário, segundo a Portaria n.º 14/2012 de 26 janeiro de 2012 da SREC<sup>9</sup>, aos quadros das escolas públicas da ilha Terceira pertenciam 938 professores. Mas este documento apenas nos dá o número de professores dos quadros e, visto que anualmente esse número é sujeito a flutuações e normalmente é acrescido de contratações a termo, solicitámos à Direção Regional de Educação dos Açores mais dados sobre a população-alvo deste estudo. De acordo com esses dados, existiam

---

<sup>9</sup> Documento publicado pela Secretaria Regional da Educação e Ciência nos últimos Concursos Interno e Externo de pessoal docente na RAA. O documento refere o número de professores dos quadros por unidade orgânica na RAA.

1020 professores nas escolas da ilha Terceira, incluindo os contratados a termo, dos quais 776 (76,1%) eram mulheres e 244 (23,9%) homens. A faixa etária com mais professores, tal como é explanado na tabela 8, era a compreendida entre os 30 e os 39 anos, com 437 (42,8%) professores da ilha Terceira. Quanto às habilitações dos professores do ensino público não superior da ilha Terceira, 911 (89,3%) tinham Licenciatura ou equiparado, 40 (3,9%) Mestrado ou Doutoramento e 69 (6,8%) tinham Bacharelato ou outras habilitações. O Pré-Escolar era o nível de ensino com menos professores no setor público da ilha Terceira, com 86 (8,4%) docentes, o 1.º ciclo tinha 205 (20,1%), o 2.º ciclo 211 (20,7%) e 461 (45,2%) professores lecionavam no 3.º ciclo e secundário. Os professores de Educação Especial, que exercem a sua atividade por todos os níveis de ensino, representavam 5,6% do total desta população, com 57 professores.

**Tabela 8** – Professores em exercício, incluindo contratados a termo certo, nas escolas públicas da ilha Terceira (população-alvo)

		N	%
Género	Homens	244	23,9
	Mulheres	776	76,1
Idade	20 a 29	64	6,3
	30 a 39	437	42,8
	40 a 49	321	31,5
	50 a 59	181	17,7
	Mais de 60	17	1,7
Habilitações	Bacharelato	69	6,8
	Licenciatura	911	89,3
	Mestrado ou Doutoramento	40	3,9
Nível de ensino	Pré-Escolar	86	8,4
	1.º ciclo	205	20,1
	2.º ciclo	211	20,7
	3.º ciclo e secundário	461	45,2
	Educação Especial	57	5,6

Fonte: SRECC<sup>10</sup>

Os professores do ensino público não superior da ilha Terceira estão distribuídos por 7 Unidades Orgânicas. Segundo a Portaria n.º 14/2012 de 26 janeiro de 2012 da SREC, a EBS Tomás de Borba, com 214 docentes, e a EBI da Praia da Vitória, com 212, são as escolas da ilha que têm mais docentes nos seus quadros. Do lado oposto, a EBI dos Biscoitos, com 62 docentes, e a EBI Francisco Ferreira

<sup>10</sup> Dados fornecidos pela Secretaria Regional da Educação Ciência e Cultura correspondentes ao final do ano letivo 2011/2012. A diferença entre SREC e SRECC, deve-se às designações adotadas pelos X e XI governos regionais da RAA, respetivamente.



Drummond, com 44, são as escolas da ilha com menos docentes pertencentes aos seus quadros, como se pode verificar na tabela 9.

**Tabela 9** – Distribuição dos professores dos quadros das escolas públicas da ilha Terceira

	N	%
EBI Angra do Heroísmo	154	16,4
EBI Biscoitos	62	6,6
EBI Francisco F. Drummond	44	4,7
EBI Praia da Vitória	212	22,6
EBS Tomás de Borba	214	22,8
Escola Secundária Jerónimo E. de Andrade	139	14,8
Escola Secundária Vitorino Nemésio	113	12,1

Fonte: Portaria n.º 14/2012 de 26 de janeiro de 2012

### 1.6.2. Amostra

De forma a conseguir obter informação da população (N) já descrita, procedeu-se à composição da amostra ( $n$ ), sendo elegíveis como participantes os professores do ensino público não superior da ilha Terceira. Com o intuito de possibilitar que todos os elementos da população tivessem a mesma possibilidade de responder, a amostra foi selecionada a partir do pedido de colaboração enviado pela Direção Regional de Educação aos conselhos executivos e destes aos professores, além de se ter enviado a mensagem de colaboração diretamente para o e-mail oficial de todos os docentes, que consta na base de dados da Secretaria Regional da Educação Ciência e Cultura. Com o intuito de aumentar significativamente a amostra, houve pedidos de reencaminhamento do questionário entre os professores (bola de neve) e em algumas escolas os questionários tiveram que ser entregues presencialmente em papel (conveniência), acabando por reunir características de uma amostra não probabilística.

De acordo com a aplicação da Creative Systems Research<sup>11</sup>, para um nível de confiança de 95% e intervalo de confiança de 5%, para esta população<sup>12</sup> necessitaria de uma amostra de 279 elementos. Foram recolhidas 212 respostas de docentes fazendo com que, segundo a mesma aplicação e para o mesmo nível de confiança, este estudo tenha um intervalo de confiança de 5,99% para o pior caso de percentagem - 50%. Nas questões em que 10% ou 90% da amostra tenha selecionado um item, a margem de erro reduz para 3,6%.

<sup>11</sup> <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>

<sup>12</sup> Para este cálculo foram considerados todos os professores do ensino público não superior em exercício na ilha Terceira, ou seja, 1020 docentes.

Esta amostra, com 212 elementos, representa aproximadamente um quinto da população-alvo. A caracterização pormenorizada da amostra será feita mais adiante.

### **1.7. Ética de pesquisa**

Houve a preocupação de respeitar e garantir os direitos de quem voluntariamente colaborou na investigação. Era importante não ferir a dignidade dos respondentes, de modo a não os inibir de colaborar em estudos futuros. Os participantes foram informados sobre o âmbito do estudo e existiu em todo o desenvolvimento do trabalho um cuidado na elaboração do inquérito, no sentido de apenas passar para o estudo as informações pertinentes para a investigação. A informação foi recolhida através de respostas às perguntas fechadas que se encontravam no questionário (apêndice). Os dados recolhidos destinaram-se especificamente à investigação, sendo garantida a confidencialidade da informação. As identidades dos inquiridos foram sempre protegidas, uma vez que não lhes foi pedida a identificação para a colaboração.

### **1.8. Procedimentos estatísticos**

Para determinar o intervalo de confiança, ou margem de erro, de acordo com o tamanho da amostra, foi usada a calculadora da Creative Systems Research<sup>13</sup>.

Recorremos ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19 para Windows, para verificar a consistência interna das escalas do questionário, que nos deu o valor do Alfa de Cronbach, e para a Análise Fatorial de Componentes Principais, no âmbito dos estudos de fiabilidade e validade, respetivamente.

Como se pretendia analisar os dados consoante o tipo de formação em deficiência mental, utilizou-se a filtragem no SPSS. A filtragem também serviu para separar os respondentes de acordo com a experiência na lecionação de alunos com deficiência mental.

Os dados recolhidos foram resumidos e apresentados em tabelas, de modo a poder-se comparar as respostas entre cada grupo. Dada a natureza das escalas, sendo o ponto intermédio equivalente à abstenção, considerou-se que o cálculo das pontuações ou das médias não eram o que mais se adequava aos objetivos deste estudo. Por essa razão, na estatística descritiva, procedeu-se ao cálculo das frequências (absolutas e relativas), privilegiando a descrição da moda.

---

<sup>13</sup><http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>

Na estatística inferencial, recorreu-se ao teste do Qui-quadrado da independência, com o intuito de verificar a medida de associação entre as variáveis de cada hipótese. O cálculo do Qui-quadrado da independência também foi efetuado no programa SPSS, versão 19 para Windows. Segundo Maroco (2003, cit. por Sanches e Teodoro, 2007) se o número esperado na célula for menos de 5, o teste Qui-quadrado não poderá ser aplicado com rigor, sugerindo-se, nesses casos o Teste de Qui-quadrado por Simulação de Monte Carlo. Assim sendo, nos casos em que não estiveram reunidas todas as condições para se efetuar o teste Qui-quadrado, efetuou-se a simulação de Monte Carlo para um nível de confiança de 95%, com um nível de significância de 0,05. Para este teste, agregaram-se as duas posições favoráveis numa só, fazendo o mesmo do lado das posições desfavoráveis, e considerando as respostas neutras.

## **2. Apresentação de Resultados**

### **2.1. Caracterização geral do universo da amostra**

Houve a preocupação de dar conhecimento do questionário a todos os docentes do ensino público não superior da ilha terceira, contando com a colaboração da Direção Regional de Educação e dos Conselhos Executivos na sua divulgação. No momento em que o questionário foi desativado, foram apuradas 212 respostas.

Dos elementos da amostra, 168 são do sexo feminino (79,2%) e 44 do sexo masculino (21%). A idade dos inquiridos situa-se, sobretudo, entre os 30 e os 50 anos, com 188 (84%) dos inquiridos. A classe de “30 a 39 anos” é a que tem maior frequência e é onde a percentagem da frequência relativa acumulada atinge os 50%, constituindo-se, ao mesmo tempo, como a classe mediana e a classe modal.

Relativamente ao local de trabalho, 85 (40,1%) dos respondentes trabalham na EBI da Praia da Vitória, 44 (20,8%) na EBI Tomás de Borba, 22 (10,4%) respondentes trabalham na EBI de Angra do Heroísmo, tantos como na Escola Secundária Vitorino Nemésio, 16 (7,5%) na EBI Francisco Ferreira Drummond, 15 (7,1%) na EBI dos Biscoitos e 8 (3,8%) na Escola Secundária Jerónimo Emiliano de Andrade.

Quanto ao tempo de serviço em funções docentes, 12 (5,7%) têm menos de 5 anos, 59 (27,8%) têm 5 a 10 anos 84 (39,6%) têm 11 a 20 anos e 57 (26,9%) têm mais de 20 anos. A classe dos 11 aos 20 anos é, ao mesmo tempo, a classe mediana e classe modal.

Relativamente às habilitações, 13 (6,1%) inquiridos têm habilitações ao nível de bacharelato, 141 de licenciatura (66,5%), 37 com pós-graduação ou especialização (17,5%) e 21 com mestrado (9,9%).

No que concerne ao nível de ensino em que os inquiridos exercem maioritariamente, no pré-escolar há 26 (12,3 %) docentes, no 1.º ciclo há 81 (38,2 %), no 2.º ciclo há 36 (17,0 %), no 3.º ciclo há 44 (20,8%) e no secundário 25 (11,8%). O 1.º ciclo é o nível mais representativo da amostra.

Os dados sociodemográficos encontram-se sintetizados na tabela 10.

**Tabela 10** - Características sociodemográficas da amostra

		<i>n</i>	%
Género	Masculino	44	20,8
	Feminino	168	79,2
Idade	20 a 29 anos	6	2,8
	30 a 39 anos	104	49,1
	40 a 50 anos	74	34,9
	Mais de 50 anos	28	13,2
Escola	EBI Angra do Heroísmo	22	10,4
	EBI dos Biscoitos	15	7,1
	EBI Francisco Ferreira Drummond	16	7,5
	EBI Praia da Vitória	85	40,1
	EBS Tomás de Borba	44	20,8
	Escola Secundária Jerónimo E. Andrade	8	3,8
	Escola Secundária Vitorino Nemésio	22	10,4
Tempo de Serviço	< de 5 anos	12	5,7
	5 a 10 anos	59	27,8
	11 a 20	84	39,6
	> de 20 anos	57	26,9
Habilitações	Bacharelato	13	6,1
	Licenciatura	141	66,5
	Pós-graduação/Especialização	37	17,5
	Mestrado	21	9,9
	Doutoramento	0	0
Nível de Ensino	Pré-escolar	26	12,3
	1.º ciclo	81	38,2
	2.º ciclo	36	17,0
	3.º ciclo	44	20,8
	Secundário	25	11,8

Dos inquiridos, 150 docentes referiram não ter formação sobre Deficiência mental, 36 (17,0%) referiram que tiveram na formação inicial ou em formação de curta duração (até 50 horas) e 26 (12,3%) respondentes obtiveram a formação por via de formação contínua de longa duração (Pós-graduações, Especializações, Mestrados,...). Relativamente à experiência na leção de alunos com deficiência mental, 160 (75,5%) respondentes referiram não ter, 33 (15,5%) têm até 5 anos de experiência e 19 (9,0%) têm mais de 5 anos de experiência. Estes dados encontram-se sintetizados na tabela 11. Como é constataável, quando este estudo se refere aos professores com formação sobre deficiência mental não se está a referir especificamente aos professores de Educação Especial. Refere-se a todos aqueles que, em alguma modalidade, tiveram formação sobre a temática.

**Tabela 11** – Caracterização da amostra quanto ao tipo de formação em deficiência mental e quanto à experiência na leção de alunos com deficiência mental

		<i>n</i>	%
Formação na área de Deficiência Mental	Não tem	150	70,7
	Na formação inicial ou formação de curta duração	36	17,0
	Formação contínua de longa duração	26	12,3
Experiência com alunos com Deficiência Mental	Não tem	160	75,5
	Até 5 anos de experiência	33	15,5
	Tem mais de 5 anos de experiência	19	9,0

Importa agora verificar a associação das principais variáveis a analisar neste estudo: a formação sobre deficiência mental e a experiência na leção de alunos com essa problemática. Dos 150 professores sem formação sobre deficiência mental, constata-se que 13 (8,7% dos professores sem formação e 6,1% do total da amostra) já trabalharam com alunos com deficiência mental, embora menos de 5 anos, e 4 (2,7% dos professores sem formação e 1,9% da amostra) trabalham ou trabalharam mais de 5 anos com alunos com deficiência mental.

**Tabela 12** – Associação entre o tipo de formação em deficiência mental e experiência na leção de alunos com deficiência mental

		Experiência na leção de alunos com Deficiência Mental			Total
		Não tem	Menos de 5 anos	Mais de 5 anos	
Formação no âmbito da Deficiência Mental	Formação contínua de longa duração	6	12	8	26
	Formação inicial ou em formação contínua de curta duração	21	8	7	36
	Sem formação	133	13	4	150
Total		160	33	19	212

Quanto aos professores com formação obtida em formações de longa duração, 6 (23,1% destes) nunca lecionaram a alunos com deficiência mental, enquanto 20 (77% dos professores com formação) já lecionaram a alunos com essa problemática, 12 (46,2% dos professores com formação) menos de 5 anos e 8 (30,8% dos professores com formação) mais de 5 anos. Ainda se deve salientar que dos 36 que obtiveram formação por via de ações de formação de curta duração ou na formação inicial, 15 (41,6 % destes) têm experiência na lecionação de alunos com deficiência mental.

Face aos objetivos da investigação, a apresentação de resultados evidenciará os dados de acordo com o tipo de formação e a experiência. Assim sendo, daqui em diante, sempre que houver referência à formação e à experiência, estar-se-á a referir, respetivamente, ao tipo de formação em deficiência mental e à experiência na lecionação de alunos com deficiência mental.

## **2.2. Resultados obtidos com o questionário**

Neste ponto far-se-á a apresentação dos resultados obtidos através do questionário. Os vários domínios abordados pelo questionário são agora apresentados por blocos e pontos numerados, que correspondem aos itens do questionário. Em cada tabela é apresentada a síntese de respostas de acordo com os grupos analisados: respostas de todos os professores; respostas dos professores de acordo com a formação sobre deficiência mental; respostas de acordo com a experiência na lecionação de alunos com deficiência mental. A soma das respostas do “grupo da formação” terá que ser igual ao grupo “todos”, tal como a soma de respostas do “grupo da experiência” corresponderá à totalidade da amostra.

Visto que o número de professores com e sem formação sobre deficiência mental não é equitativo, tal como na experiência, as tabelas explanam a respostas por cada grupo de professores em frequência relativa a cada subgrupo, além da frequência absoluta.

A medida de associação dada pelo teste de independência Qui-quadrado será descrita em cada item e, no final de cada constructo, será apresentada uma tabela com os valores registados em cada item.

## a) Conhecimento acerca das causas da deficiência mental

### 1. Momento em que poderá ocorrer a deficiência mental

Como acontecerá nas seguintes, na apresentação dos resultados deste item realizou-se a separação entre os professores quanto ao nível de formação sobre deficiência mental e o tempo de experiência na lecionação de alunos com deficiência mental. A maioria dos professores com formação de longa duração apresentaram uma posição concordante relativamente ao facto da deficiência mental poder ocorrer em qualquer fase do desenvolvimento do cérebro, com 9 (34,6%) que concordaram e 6 (23,1%) concordaram totalmente. Nos professores com formação de curta duração, a maioria também concordou, ainda que 14 (38,9%) não tenham concordado totalmente. Nos professores sem formação, verificou-se que 53 (35,3% destes) concordam com a expressão, ainda que não tenham concordado totalmente, e 33 (22% destes) concordam totalmente. Vinte e um professores sem formação (14% destes) discordaram totalmente ou em parte e 43 (28% destes) não quiseram arriscar uma opinião. Estes dados encontram-se sintetizados na tabela 13. Verifica-se que não há associação entre o tipo de formação e o conhecimento acerca do momento em que poderá ocorrer a deficiência mental ( $\chi^2=5,310$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,274$ )<sup>14</sup>.

**Tabela 13** – Grau de concordância com a afirmação “A deficiência mental poderá ocorrer em qualquer fase do desenvolvimento do cérebro”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	3	1	7	9	6	26
		f <sub>i</sub> (%)	11,5%	3,8%	26,9%	34,6%	23,1%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	0	3	5	14	14	36
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	8,3%	13,9%	38,9%	38,9%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	8	13	43	53	33	150
		f <sub>i</sub> (%)	5,3%	8,7%	28,7%	35,3%	22,0%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	0	0	3	10	6	19
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	0,0%	15,8%	52,6%	31,6%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	3	1	9	13	7	33
		f <sub>i</sub> (%)	9,1%	3,0%	27,3%	39,4%	21,2%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	8	16	43	53	40	160
		f <sub>i</sub> (%)	5,0%	10,0%	26,9%	33,1%	25,0%	100%
Todos		n	11	17	55	76	53	212
		%	5,2%	8,0%	25,9%	35,8%	25,0%	100%

<sup>14</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.



Relativamente à experiência, nos professores com mais de 5 anos de experiência verificou-se que 10 (52,6% destes) concordaram, ainda que com algumas reservas, e 6 (31,6% destes) concordaram totalmente. A maioria dos professores com menos de 5 anos de experiência (60,6% destes) concordou com a afirmação, sendo que 13 (39,4%) concordaram, mas não na totalidade, e 7 (21,2%) concordaram totalmente com a afirmação. Nos professores sem experiência na leção de alunos com deficiência mental, 53 (33,1%) concordaram e 40 (25% destes) concordaram totalmente com a afirmação. Dezasseis (10% dos professores sem experiência) discordaram, 8 (5%) discordaram totalmente e 43 (26,9% destes) não arriscaram uma posição. Verifica-se que não há associação entre o conhecimento acerca do momento em que poderá ocorrer a deficiência mental e a experiência na leção de alunos com deficiência mental ( $\chi^2 = 5,659$ ; gl=4;  $p=0,226$ )<sup>15</sup>.

## **2. Conhecimento das causas da deficiência mental para a sua prevenção**

Neste item pretendia-se conhecer se os professores atribuíam algum grau de inevitabilidade às várias causas da deficiência mental. Nos professores com formação de longa duração, houve uma distribuição quase equitativa pelas 5 possibilidades de resposta, havendo a mesma quantidade destes respondentes - 6 (23,1% destes) - que discordaram, nem concordaram nem discordaram e concordaram. Nos professores com formação de curta duração, 13 (36,1%) optaram por uma resposta neutra, 11 (30,6% destes) concordaram, ainda que parcialmente, e 8 (22,2% destes), ainda que parcialmente, discordaram. Nos professores sem formação, 58 (38,7%) nem concordaram nem discordaram, 39 (26% destes) concordaram, ainda que parcialmente, e 26 (17,3% destes) discordaram parcialmente, como se pode verificar na tabela 14. Não se verifica qualquer associação entre a formação e a opinião acerca da influência do conhecimento das causas da deficiência mental para a sua prevenção ( $\chi^2 = 3,134$ ; gl=4;  $p=0,536$ ).

Relativamente à experiência, 8 dos professores com mais de 5 anos de experiência (42,1% destes) não arriscaram uma posição e a mesma quantidade de respondentes – 4 (21,1% destes) discordaram e concordaram. Nos professores com experiência até 5 anos, verificou-se que 15 (45% destes) concordaram parcialmente e 8 (24,2% destes) discordaram parcialmente. Nos professores sem experiência, 63 (39,4% destes) não concordaram nem discordaram, 37 (23,1% destes) concordaram parcialmente e 28 (17,5% destes) discordaram parcialmente. Não se verificou uma

<sup>15</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

associação significativa entre a experiência e a opinião acerca da influência do conhecimento das causas da deficiência mental para a sua prevenção ( $\chi^2= 8,637$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,071$ ).

**Tabela 14** – Grau de concordância com a afirmação “Conhecendo as causas da deficiência mental, pode prevenir-se o desenvolvimento da problemática”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	5	6	6	6	3	26
		f <sub>i</sub> (%)	19,2%	23,1%	23,1%	23,1%	11,5%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	2	8	13	11	2	36
		f <sub>i</sub> (%)	5,6%	22,2%	36,1%	30,6%	5,6%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	16	26	58	39	11	150
		f <sub>i</sub> (%)	10,7%	17,3%	38,7%	26,0%	7,3%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	2	4	8	4	1	19
		f <sub>i</sub> (%)	10,5%	21,1%	42,1%	21,1%	5,3%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	1	8	6	15	3	33
		f <sub>i</sub> (%)	3,0%	24,2%	18,2%	45,5%	9,1%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	20	28	63	37	12	160
		f <sub>i</sub> (%)	12,5%	17,5%	39,4%	23,1%	7,5%	100%
Todos		n	23	40	77	56	16	212
		%	10,8%	18,9%	36,3%	26,4%	7,5%	100%

### 3. Fatores genéticos como os principais causadores da deficiência mental

Na frase que afirmava que os fatores genéticos eram os principais responsáveis pela ocorrência da deficiência mental, 8 professores com formação de longa duração (30,8% destes) nem concordaram nem discordaram, 7 (26,9%) discordaram parcialmente e 7 (26,9%) concordaram parcialmente. Nos professores com formação de curta duração, 11 (30,6% destes) discordaram parcialmente e 7 (19,4% destes) discordaram totalmente. Nos professores sem formação, 52 (34,7% destes) concordaram, mas não totalmente, 45 (30% destes) nem concordaram nem discordaram e 11 (30,6% destes) discordaram parcialmente da afirmação. Estes resultados encontram-se sintetizados na tabela 15. Verificou-se uma associação significativa entre as posições acerca do papel que os fatores genéticos têm na etiologia na deficiência mental e tipo de formação ( $\chi^2= 9,815$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,044$ ).

Quanto à experiência, 6 dos professores com mais de 5 anos de experiência (31,6% destes), ainda que parcialmente, discordaram da afirmação e 5 (26,3% destes) concordaram, mas não na totalidade. Dez dos professores com experiência até 5 anos (30,3% destes) não arriscaram uma posição, 8 (24,2%) concordaram, mas não na totalidade, e 6 (18,2%) discordaram totalmente de que os fatores genéticos eram os principais causadores da deficiência mental. Nos professores sem experiência, 53 (33,1% destes) concordaram com a afirmação, mas não na totalidade, 45 (28,1%) não arriscaram uma posição e 35 (21,9%) discordaram parcialmente da afirmação. Não se verificou associação entre a opinião acerca da influência dos fatores genéticos na ocorrência da deficiência mental e a experiência na lecionação de alunos com deficiência mental ( $\chi^2 = 3,186$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,527$ ).

**Tabela 15** – Grau de concordância com a afirmação “Os fatores genéticos são os principais causadores da deficiência mental”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	3	7	8	7	1	26
		f <sub>i</sub> (%)	11,5%	26,9%	30,8%	26,9%	3,8%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	7	11	5	7	6	36
		f <sub>i</sub> (%)	19,4%	30,6%	13,9%	19,4%	16,7%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	11	28	45	52	14	150
		f <sub>i</sub> (%)	7,3%	18,7%	30,0%	34,7%	9,3%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	3	6	3	5	2	19
		f <sub>i</sub> (%)	15,8%	31,6%	15,8%	26,3%	10,5%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	6	5	10	8	4	33
		f <sub>i</sub> (%)	18,2%	15,2%	30,3%	24,2%	12,1%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	12	35	45	53	15	160
		f <sub>i</sub> (%)	7,5%	21,9%	28,1%	33,1%	9,4%	100%
Todos		n	21	46	58	66	21	212
		%	9,9%	21,7%	27,4%	31,1%	9,9%	100%

#### 4. A deficiência mental e o ambiente

Neste item procurava-se saber que conhecimento tinham os respondentes acerca da relação entre o ambiente e a deficiência mental, na linha da definição de deficiência mental apresentada pela OMS (2003), através da CIF. A maioria dos professores com formação de longa duração discordou da dissociação entre o ambiente e a deficiência mental, sendo que 9 (34,6% destes) discordou totalmente e 11 (42,3% destes) discordaram, mas não totalmente. Dezasseis professores com

formação de curta duração (44,4%) discordaram, mas não na totalidade, e 8 (22,2% destes) discordaram totalmente. Nos professores sem formação, 56 (37,3%) discordaram da afirmação, mas não totalmente, e 45 (30%) não arriscaram uma posição. Verificou-se que há uma associação entre as opiniões acerca da influência do ambiente na deficiência mental e o tipo de formação ( $\chi^2= 10,245$ ; gl=4;  $p=0,036$ ).

**Tabela 16** – Grau de concordância com a afirmação “A deficiência mental está dissociada do ambiente”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	9	11	3	2	1	26
		f <sub>i</sub> (%)	34,6%	42,3%	11,5%	7,7%	3,8%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	8	16	6	5	1	36
		f <sub>i</sub> (%)	22,2%	44,4%	16,7%	13,9%	2,8%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	16	56	45	21	12	150
		f <sub>i</sub> (%)	10,7%	37,3%	30,0%	14,0%	8,0%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	7	10	1	0	1	19
		f <sub>i</sub> (%)	36,8%	52,6%	5,3%	0,0%	5,3%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	8	12	7	4	2	33
		f <sub>i</sub> (%)	24,2%	36,4%	21,2%	12,1%	6,1%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	18	61	46	24	11	160
		f <sub>i</sub> (%)	11,3%	38,1%	28,8%	15,0%	6,9%	100%
Todos		n	33	83	54	28	14	212
		%	15,6	39,2	25,5	13,2	6,6	100

A esmagadora maioria dos professores com mais de 5 anos de experiência discordou da afirmação, tendo 7 (36,8% destes) discordado totalmente e 10 (52,6%) discordado parcialmente. Nos professores com experiência até 5 anos, também se verificou discordância da maioria, com 8 (24,2% destes) a discordaram totalmente e 12 (36,4%) a discordarem parcialmente. Nos professores sem experiência, as opiniões ficaram mais concentradas na discordância parcial (61 correspondendo a 38,1% destes) e no ponto neutro (46 correspondendo a 28,8% dos professores sem experiência). Verificou-se que há uma associação entre as opiniões acerca da influência do ambiente na deficiência mental e a experiência na lecionação de alunos com deficiência mental ( $\chi^2= 11,613$ ; gl=4;  $p=0,020$ ).

## 5. Principal causador da deficiência mental

Neste item pretendia-se que os respondentes apontassem o principal fator causador na maioria dos casos de deficiência mental. A maioria dos professores com formação de longa duração (18 correspondente a 69,2% destes) referiu os fatores genéticos, embora 4 (15,4%) destes professores tenham apontado os fatores ambientais, verificando-se a mesma frequência nos fatores biomédicos. Nos professores com formação de curta duração, 22 (61,1%) apontaram os fatores genéticos e 12 (33,3%) os fatores biomédicos. Nos professores sem formação, 112 (74,7%) referiram os fatores genéticos e 30 (20%) dos fatores biomédicos. Estes dados encontram-se sintetizados na tabela 17. Verifica-se associação entre a opinião acerca do principal responsável pela ocorrência da deficiência mental e o nível de formação sobre deficiência mental ( $\chi^2 = 21,683$ ; gl=6;  $p=0,002$ )<sup>16</sup>.

**Tabela 17** – Distribuição da amostra relativamente ao principal causador da deficiência mental

			Fatores ambientais	Fatores biomédicos	Fatores genéticos	Sem opinião	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	4	4	18	0	26
		f <sub>i</sub> (%)	15,4%	15,4%	69,2%	0,0%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	0	12	22	2	36
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	33,3%	61,1%	5,6%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	2	30	112	6	150
		f <sub>i</sub> (%)	1,3%	20,0%	74,7%	4,0%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	1	3	14	1	19
		f <sub>i</sub> (%)	5,3%	15,8%	73,7%	5,3%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	3	8	21	1	33
		f <sub>i</sub> (%)	9,1%	24,2%	63,6%	3,0%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	2	35	117	6	160
		f <sub>i</sub> (%)	1,3%	21,9%	73,1%	3,8%	100%
Todos		n	6	46	152	8	212
		%	2,8%	21,7%	71,7%	3,8%	100

Quanto aos resultados de acordo com a experiência, 14 dos professores com mais de 5 anos de experiência (73,7% destes) apontaram os fatores genéticos e 3 (15,8%) referiram os fatores biomédicos. Nos professores com experiência até 5 anos, 21 (63,6%) referiram os fatores genéticos, 8 (24,2%) referiram os fatores biomédicos e 3 (9,1%) referiram os fatores ambientais. Os professores sem experiência apontaram maioritariamente os fatores genéticos (117 correspondente a 73,1% destes

<sup>16</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

professores) e 35 (21,9%) referiram os fatores genéticos. Não se verifica associação entre a opinião acerca do principal responsável pela ocorrência da deficiência mental e a experiência na lecionação de alunos com deficiência mental ( $\chi^2= 7,301$ ; gl=6;  $p=0,267$ )<sup>17</sup>.

**Tabela 18** – Associação entre as variáveis por itens de Causas da DM

	1	2	3	4	5
	$\chi^2=5,310$	$\chi^2=3,134$	$\chi^2=9,815$	$\chi^2=10,245$	$\chi^2=21,683$
Tipo de formação sobre DM	gl=4	gl=4	gl=4	gl=4	gl=6
	$p=0,274^*$	$p=0,536$	<b><math>p=0,044</math></b>	<b><math>p=0,036</math></b>	<b><math>p=0,002^*</math></b>
	$\chi^2=5,659$	$\chi^2=8,637$	$\chi^2=3,186$	$\chi^2=11,613$	$\chi^2=7,301$
Experiência em DM	gl=4	gl=4	gl=4	gl=4	gl=6
	$p=0,226^*$	$p=0,071$	$p=0,527$	<b><math>p=0,020</math></b>	$p=0,267^*$

\* Resultados da simulação de Monte Carlo

## b) Características da deficiência mental

### 6. Importância do QI no diagnóstico da deficiência mental

No primeiro item sobre as características da deficiência mental, 11 professores com formação de longa formação (42,3% destes) concordaram, apesar de não ser na totalidade, que o QI era fundamental para o diagnóstico da deficiência mental, 7 (26,9%) nem concordaram nem discordaram e 5 (19,2%) discordaram. Quanto aos professores com formação de curta duração, 11 (30,6%) concordam, mas não na totalidade, 7 (19,4%) concordam totalmente e 8 (22,2%) discordam, mas não na totalidade. Nos professores sem formação, verifica-se predomínio da posição neutral, já que 62 (41,3% dos professores sem formação) nem concordaram nem discordaram da afirmação, 34 (22,7%) concordaram parcialmente e 27 (18%) discordaram, embora não na totalidade. Não se verificou associação entre a opinião acerca do papel fundamental do teste do QI no diagnóstico da deficiência e o tipo de formação sobre deficiência mental ( $\chi^2= 9,002$ ; gl=4;  $p=0,061$ ).

Relativamente à experiência, 8 dos professores com mais de 5 anos de experiência (42,1% destes) concordaram com a necessidade de se fazer o teste de QI no diagnóstico da deficiência mental e 21,1% concordaram totalmente com a afirmação. Nos professores com experiência até 5 anos, 13 (39,4%) concordaram parcialmente com a afirmação, 7 (21,2%) nem concordaram nem discordaram e 6

<sup>17</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

(18,2%) discordaram parcialmente da afirmação. Nos professores sem experiência, 66 (41,3%) nem concordaram nem discordaram, 35 (21,9%) concordaram parcialmente e 31 (19,4%) discordaram, mas não na totalidade. Verifica-se que há associação entre a experiência e a opinião acerca da importância do QI no diagnóstico da deficiência mental ( $\chi^2 = 12,905$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,010$ ).

**Tabela 19** – Grau de concordância com a afirmação “O teste de QI é fundamental no diagnóstico da criança com deficiência mental”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	1	5	7	11	2	26
		f <sub>i</sub> (%)	3,8%	19,2%	26,9%	42,3%	7,7%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	3	8	7	11	7	36
		f <sub>i</sub> (%)	8,3%	22,2%	19,4%	30,6%	19,4%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	14	27	62	34	13	150
		f <sub>i</sub> (%)	9,3%	18,0%	41,3%	22,7%	8,7%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	1	3	3	8	4	19
		f <sub>i</sub> (%)	5,3%	15,8%	15,8%	42,1%	21,1%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	3	6	7	13	4	33
		f <sub>i</sub> (%)	9,1%	18,2%	21,2%	39,4%	12,1%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	14	31	66	35	14	160
		f <sub>i</sub> (%)	8,8%	19,4%	41,3%	21,9%	8,8%	100%
Todos		n	18	40	76	56	22	212
		%	8,5%	18,9%	35,8%	26,4%	10,4%	100%

## 7. O ambiente no diagnóstico e classificação da deficiência mental

Neste item, pretendia-se que os inquiridos se pronunciassem sobre a importância que tem o ambiente no diagnóstico e classificação da deficiência mental, mais concretamente se uma criança poderia ser considerada deficiente mental num ambiente e não o ser noutro ambiente. Os professores com formação de longa duração discordaram maioritariamente, sendo que 10 (38,5% dos professores com formação de longa duração) discordaram parcialmente da afirmação, 9 (34,6%) discordaram totalmente e 5 (19,2%) nem concordaram nem discordaram. Nos professores com formação de curta duração, sobressai a discordância, com 15 (41,7% destes) a discordarem parcialmente e, também, 15 (41,7%) a discordarem totalmente, tal como nos mostra a tabela 20. Nos professores sem formação, 70 (46,7%) discordaram parcialmente e 56 (37,3%) discordaram totalmente da frase que referia

que uma criança considerada deficiente mental poderia deixar de o ser se mudasse de ambiente. Não se verifica existência de associação entre as opiniões acerca deste item e o tipo de formação sobre deficiência mental ( $\chi^2= 3,292$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,527$ )<sup>18</sup>.

**Tabela 20** – Grau de concordância com a afirmação “Uma criança considerada DM poderá deixar de o ser se mudar de ambiente”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	9	10	5	0	2	26
		f <sub>i</sub> (%)	34,6%	38,5%	19,2%	0,0%	7,7%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	15	15	5	1	0	36
		f <sub>i</sub> (%)	41,7%	41,7%	13,9%	2,8%	0,0%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	56	70	21	3	0	150
		f <sub>i</sub> (%)	37,3%	46,7%	14,0%	2,0%	0,0%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	8	9	2	0	0	19
		f <sub>i</sub> (%)	42,1%	47,4%	10,5%	0,0%	0,0%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	12	11	8	1	1	33
		f <sub>i</sub> (%)	36,4%	33,3%	24,2%	3,0%	3,0%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	60	75	21	3	1	160
		f <sub>i</sub> (%)	37,5%	46,9%	13,1%	1,9%	0,6%	100%
Todos		n	80	95	31	4	2	212
		%	37,7%	44,8%	14,6%	1,9%	0,9%	100%

Apresentando os resultados de acordo com a experiência, 9 professores com mais de 5 anos de experiência na leção de alunos com deficiência mental (47,4% destes) discordaram, mas não na totalidade, e 8 (42,1%) destes professores discordaram totalmente. Nos professores com experiência até 5 anos, 12 (36,4%) discordaram totalmente, 11 (33,3%) discordaram parcialmente e 8 (24,2%) nem concordaram nem discordaram. Nos professores sem experiência, 75 (46,9%) discordaram, mas não na totalidade, 60 (37,5%) discordaram totalmente e 21 (13,1%) nem concordaram nem discordaram. Não se verifica existência de associação entre as opiniões a este item e a experiência na leção de alunos com deficiência mental ( $\chi^2= 5,203$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,259$ )<sup>19</sup>.

<sup>18</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

<sup>19</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.



## 8. A identificação da deficiência mental pelas características físicas

Neste item, os inquiridos deram a sua opinião acerca da possibilidade das crianças com deficiência mental serem identificadas pelas suas características físicas. Os professores com formação de longa duração discordaram maioritariamente da afirmação, com 10 (38,5%) a discordarem parcialmente e 9 (34,6%) a discordarem totalmente da afirmação. Nos professores com formação de curta duração, 10 (27,8%) concordaram com a afirmação, ainda que não na totalidade, 11 (30,6%) discordam totalmente e 8 (22,2%) nem concordaram nem discordaram. Relativamente aos professores sem formação, 56 (37,3%) discordaram parcialmente, 20 (13,3%) discordaram totalmente e 49 (32,7%) nem concordaram nem discordaram. Estes dados encontram-se sintetizados na tabela 21. A associação entre as opiniões acerca da identificação da deficiência mental através das características físicas e o tipo de formação sobre deficiência mental encontra-se no limiar da significância ( $\chi^2=9,319$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,054$ ).

**Tabela 21** – Grau de concordância com a afirmação “A criança com DM pode ser identificada pelas suas características físicas”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	9	10	5	2	0	26
		f <sub>i</sub> (%)	34,6%	38,5%	19,2%	7,7%	0,0%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	11	6	8	10	1	36
		f <sub>i</sub> (%)	30,6%	16,7%	22,2%	27,8%	2,8%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	20	56	49	18	7	150
		f <sub>i</sub> (%)	13,3%	37,3%	32,7%	12,0%	4,7%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	6	5	7	1	0	19
		f <sub>i</sub> (%)	31,6%	26,3%	36,8%	5,3%	0,0%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	8	12	8	5	0	33
		f <sub>i</sub> (%)	24,2%	36,4%	24,2%	15,2%	0,0%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	26	55	47	24	8	160
		f <sub>i</sub> (%)	16,3%	34,4%	29,4%	15,0%	5,0%	100%
Todos		n	40	72	62	30	8	212
		%	18,9%	34,0%	29,2%	14,2%	3,8%	100

Nos professores com mais de 5 anos de experiência, 7 (36,8%) nem concordaram nem discordaram, 6 (31,6%) discordaram totalmente e 5 (26,3%) discordaram, mas não na totalidade. Nos professores com experiência até 5 anos, 12 discordaram parcialmente da afirmação, 8 (24,2%) discordaram totalmente e 8 (24,2%) nem concordaram nem discordaram. Nos professores sem experiência, 55 (34,4%)

discordaram, mas não totalmente, 26 (16,3%) discordaram totalmente e 47 (29,4%) nem concordaram nem discordaram. Não se verifica existência de associação entre as opiniões acerca da identificação da deficiência mental através das características físicas e a experiência na leção de alunos com deficiência mental ( $\chi^2= 3,501$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,478$ ).

### 9. A agressividade e a deficiência mental

Neste item, os respondentes pronunciaram-se acerca do facto da agressividade ser ou não uma manifestação característica da deficiência mental. Nos professores com formação de longa duração, 10 (38,5%) discordaram, ainda que não totalmente, 9 (34,6%) discordaram totalmente e 7 (26,9%) nem concordaram nem discordaram. Relativamente aos professores de formação de curta duração, 14 (38,9%) discordaram totalmente, 12 (33,3%) discordaram parcialmente e 7 (19,4%) nem concordaram nem discordaram. Nos professores sem formação, 55 discordaram, ainda que não totalmente, 43 (28,7%) discordaram totalmente e 40 (26,7%) nem concordaram nem discordaram. Não se verifica associação entre as opiniões sobre este item e o tipo de formação ( $\chi^2= 3,064$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,568$ )<sup>20</sup>.

**Tabela 22** – Grau de concordância com a afirmação “A agressividade é uma manifestação característica das crianças com DM”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	9	10	7	0	0	26
		f <sub>i</sub> (%)	34,6%	38,5%	26,9%	0,0%	0,0%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	14	12	7	3	0	36
		f <sub>i</sub> (%)	38,9%	33,3%	19,4%	8,3%	0,0%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	43	55	40	9	3	150
		f <sub>i</sub> (%)	28,7%	36,7%	26,7%	6,0%	2,0%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	8	8	3	0	0	19
		f <sub>i</sub> (%)	42,1%	42,1%	15,8%	0,0%	0,0%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	13	11	8	1	0	33
		f <sub>i</sub> (%)	39,4%	33,3%	24,2%	3,0%	0,0%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	45	58	43	11	3	160
		f <sub>i</sub> (%)	28,1%	36,3%	26,9%	6,9%	1,9%	100%
Todos		n	66	77	54	12	3	212
		%	31,1%	36,3%	25,5%	5,7%	1,4%	100%

<sup>20</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

Relativamente à experiência, tal como é constatável na tabela 22, 8 professores com mais de 5 anos de experiência (42,1% destes) discordaram totalmente, tantos como os que discordaram parcialmente. Nos professores com experiência até 5 anos, 13 (39,4%) discordaram totalmente, 11 (33,3%) discordaram parcialmente e 8 nem concordaram nem discordaram. Considerando os professores sem experiência na lecionação de alunos com deficiência mental, 58 (36,3%) discordaram, mas não totalmente, 45 (28,1%) discordaram totalmente e 43 (26,9%) nem concordaram nem discordaram. Não se verifica associação entre as opiniões sobre este item e a experiência na lecionação de alunos com deficiência mental ( $\chi^2=4,736$ ; gl=4;  $p=0,315$ )<sup>21</sup>.

### 10. O estrato social mais atingido pela deficiência mental

Este era o item onde os respondentes teriam que mostrar o conhecimento acerca do estrato social em que era mais frequente a ocorrência da deficiência mental. A maioria dos professores com formação de longa duração (16 que correspondem a 61,5% destes professores) referiu que a ocorrência da deficiência mental nos estratos sociais mais baixos ocorre de forma casual, registando-se que 5 destes professores (19,2%) não tinham opinião sobre o assunto. Nos professores com formação de curta duração, 24 (66,7%) referiram que a ocorrência é casual, 3 (8,3%) referiram que na maioria dos casos a deficiência mental ocorria nos estratos sociais mais baixos e 7 (19,4%) destes professores não tinham opinião. Nos professores sem formação, 91 (60,7%) consideraram casual a ocorrência da deficiência mental nos estratos sociais mais baixos, 12 (8%) referiram que a deficiência mental ocorria na maioria dos casos nos estratos sociais mais baixos e 28 (18,7%) não tinham opinião sobre o assunto. Estes dados encontram-se sintetizados na tabela 23.

Sendo transversal a todos os subgrupos da formação e subgrupos da experiência, 14 professores (6,6%) referiram outras respostas. Entre essas respostas, encontramos expressões como “não depende do estatuto social”, em qualquer um dos estratos sociais”, “não tem nada a ver”, “é indiferente o estrato social”, “não existe relação causa-efeito”, entre outras. Vemos, portanto, todas as respostas encontradas em “outra” são, na verdade, enquadráveis em “casualmente”. Não se verificou associação entre as opiniões acerca dos estratos sociais onde há mais ocorrência da deficiência mental e o tipo de formação sobre deficiência mental ( $\chi^2=2,813$ ; gl=6;  $p=0,859$ )<sup>22</sup>.

<sup>21</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

<sup>22</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

**Tabela 23** – Distribuição da amostra relativamente à opinião acerca da deficiência mental atingir as crianças dos estratos sociais mais baixos

			Casualmente	Na maioria dos casos	Na minoria dos casos	Outra	Sem opinião	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	16	4	0	1	5	26
		f <sub>i</sub> (%)	61,5%	15,4%	0,0%	3,8%	19,2%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	24	3	1	1	7	36
		f <sub>i</sub> (%)	66,7%	8,3%	2,8%	2,8%	19,4%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	91	12	7	12	28	150
		f <sub>i</sub> (%)	60,7%	8,0%	4,7%	8,0%	18,7%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	16	2	0	0	1	19
		f <sub>i</sub> (%)	84,2%	10,5%	0,0%	0,0%	5,3%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	19	5	2	1	6	33
		f <sub>i</sub> (%)	57,6%	15,2%	6,1%	3,0%	18,2%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	96	12	6	13	33	160
		f <sub>i</sub> (%)	60,0%	7,5%	3,8%	8,1%	20,6%	100%
Todos		n	131	19	8	14	40	212
		%	61.8%	9.0%	3.8%	6.6%	18.9%	100%

Relativamente à experiência, 16 professores com mais de 5 anos de experiência (84,2% destes) consideram que ocorrência da deficiência mental nos estratos sociais mais baixos é casual, 2 (10,5%) referiram que ocorria na maioria dos casos e 1 (5,3%) destes professores não deu a sua opinião. Nos professores com experiência até 5 anos, 19 (57,6%) referiram que a ocorrência da deficiência mental nos estratos sociais mais baixos era casual, 5 (15,2%) referiram que a ocorrência da deficiência mental nos estratos sociais mais baixos ocorria na maioria dos casos, 2 (6,1%) referiram que ocorria na minoria dos casos e 6 (18,2%) destes professores não deram a sua opinião. Quanto aos professores sem experiência, 96 (60%) referiram que a ocorrência era casual, 12 (7,5%) referiram que a deficiência mental ocorria nos estratos sociais mais baixos na maioria dos casos e 33 (20,6%) não deram a sua opinião. Não se verificou associação entre as opiniões acerca dos estratos sociais onde há mais ocorrência da deficiência mental e a experiência na leção de alunos com deficiência mental ( $\chi^2= 6,142$ ;  $gl=6$ ;  $p=0,393$ )<sup>23</sup>.

<sup>23</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

**Tabela 24** – Associação entre as variáveis por itens de Características da DM

	6	7	8	9	10
Tipo de formação em DM	$\chi^2=9,002$	$\chi^2=3,292$	$\chi^2=9,319$	$\chi^2=3,064$	$\chi^2=2,813$
	gl=4	gl=4	gl=4	gl=4	gl=6
	p=0,061	p=0,527*	p=0,054	p=0,568*	p=0,859*
Experiência em DM	$\chi^2=12,905$	$\chi^2=5,203$	$\chi^2=3,501$	$\chi^2=4,736$	$\chi^2=6,142$
	gl=4	gl=4	gl=4	gl=4	gl=6
	<b>p=0,010</b>	p=0,259*	p=0,478	p=0,315*	p=0,393*

\* Resultados da simulação de Monte Carlo

### c) Estratégias de intervenção na deficiência mental

#### 11. A escola e os professores como fatores importantes na intervenção educativa nos casos de deficiência mental

Nos itens que abordavam as estratégias de intervenção na deficiência mental, começou-se por inquirir se consideravam a escola e os professores como fatores importantes para o delinear das estratégias de intervenção. Nos professores com formação de longa duração, 15 (57,7%) concordaram totalmente com a afirmação, enquanto 9 (34,6%) concordaram, mas não totalmente. Nos professores com formação de curta duração, 20 (55,6%) concordaram totalmente, 12 (33,3%) concordaram parcialmente e 4 (11,1%) nem concordaram nem discordaram. Relativamente aos professores sem experiência, 72 (48%) concordaram, mas não totalmente, 54 (36%) concordaram totalmente e 20 (13,3%) nem concordaram nem discordaram. Estes dados encontram-se sintetizados na tabela 25. Não se verifica associação entre o tipo de formação e as opiniões acerca da importância da escola e dos professores na intervenção nos casos de deficiência mental ( $\chi^2= 3,087$ ; gl=4; p=0,538)<sup>24</sup>.

Quanto à experiência, 13 professores com mais de 5 anos de experiência (68,3% destes) concordaram totalmente com o facto da escola e dos professores serem importantes na delineação da intervenção educativa nos casos da deficiência mental, 4 (21,1%) concordaram parcialmente e 2 (10,5%) nem concordaram nem discordaram. Nos professores com experiência até 5 anos, 20 (60,6%) concordaram totalmente com a afirmação e 11 (33,3%) concordaram, mas não na totalidade. Relativamente aos professores sem experiência, 78 (48,8%) concordaram, mas não

<sup>24</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

na totalidade, 56 (35%) concordaram totalmente com a afirmação, enquanto 22 (13,8%) nem concordaram nem discordaram. Não há associação entre a experiência e as posições acerca do papel da escola e dos professores na delineação da intervenção educativa nos casos de deficiência mental ( $\chi^2 = 3,582$ ; gl=4;  $p=0,409$ )<sup>25</sup>.

**Tabela 25** – Grau de concordância com a afirmação “A escola e os professores são fatores importantes na delineação da intervenção do aluno com DM”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	1	0	1	9	15	26
		f <sub>i</sub> (%)	3,8%	0,0%	3,8%	34,6%	57,7%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	0	0	4	12	20	36
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	0,0%	11,1%	33,3%	55,6%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	1	3	20	72	54	150
		f <sub>i</sub> (%)	0,7%	2,0%	13,3%	48,0%	36,0%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	0	0	2	4	13	19
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	0,0%	10,5%	21,1%	68,4%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	0	1	1	11	20	33
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	3,0%	3,0%	33,3%	60,6%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	2	2	22	78	56	160
		f <sub>i</sub> (%)	1,3%	1,3%	13,8%	48,8%	35,0%	100%
Todos		n	2	3	25	93	89	212
		%	0,9%	1,4%	11,8%	43,9%	42,0%	100%

## 12. O ambiente e as estratégias de intervenção

Neste item, pretendia-se saber a opinião dos inquiridos acerca da importância do ambiente na delineação das estratégias de intervenção. Nos professores com formação de longa duração, 16 (61,5%) concordaram totalmente, enquanto 9 (34,6%) concordaram, mas não na totalidade. Quanto aos professores com formação de curta duração, 23 (63,9%) professores concordaram totalmente com a importância do ambiente, 9 (25%) concordaram, mas não na totalidade, e 4 (11,1%) nem concordaram nem discordaram. Nos professores sem formação sobre deficiência mental, 73 (48,7%) concordaram, mas não totalmente, 55 (36,7%) concordaram totalmente, 17 (11,3%) nem concordaram nem discordaram e 5 discordaram. Este foi o único item em que não houve um único respondente a discordar totalmente da afirmação. Não se verificou existência de associação entre o tipo de formação e as

<sup>25</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

opiniões acerca da importância do ambiente na delineação das estratégias de intervenção ( $\chi^2= 5,597$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,478$ )<sup>26</sup>.

**Tabela 26** – Grau de concordância com a afirmação “Para as estratégias de intervenção, deve-se ter em conta o ambiente em que o aluno com DM está inserido”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	0	0	1	9	16	26
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	0,0%	3,8%	34,6%	61,5%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	0	0	4	9	23	36
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	0,0%	11,1%	25,0%	63,9%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	0	5	17	73	55	150
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	3,3%	11,3%	48,7%	36,7%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	0	0	1	3	15	19
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	0,0%	5,3%	15,8%	78,9%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	0	0	3	11	19	33
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	0,0%	9,1%	33,3%	57,6%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	0	5	18	77	60	160
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	3,1%	11,3%	48,1%	37,5%	100%
Todos		n	0	5	22	91	94	212
		%	0,0%	2,4%	10,4%	42,9%	44,3%	100

Relativamente à experiência, 15 professores com mais de 5 anos de experiência (78,9%) concordaram totalmente com o facto de o ambiente ser tido em conta na delineação das estratégias educativas, 3 (15,8%) concordaram, mas não totalmente, e 1 (5,3% destes) nem concordou nem discordou. Nos professores com experiência até 5 anos, 19 (57,6%) concordaram totalmente, 11 (33,3%) concordaram, mas não totalmente, e 3 (9,1%) nem concordaram nem discordaram. Nos professores sem experiência na leção de alunos com deficiência mental, 77 (48,1%) concordaram, mas não totalmente, 60 (37,5%) concordaram totalmente, 18 (11,3%) nem concordaram nem discordaram e 5 (3,1%) discordaram, mas não totalmente. Não se verifica a existência de associação entre a experiência e as opiniões acerca da importância do ambiente na delineação das estratégias de intervenção ( $\chi^2= 2,495$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,617$ )<sup>27</sup>.

<sup>26</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

<sup>27</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

### 13. Projetos de futuro na intervenção educativa

Neste item, os inquiridos pronunciaram-se sobre a possibilidade de se desconsiderar os projetos de futuro do jovem com deficiência mental na intervenção educativa. Nos professores com formação de longa duração, 16 (61,5%) discordaram totalmente dessa possibilidade, 7 (26,9%) discordaram, embora não na totalidade, 2 (7,7%) concordaram totalmente e 1 (3,8%) concordou, mas não na totalidade. Nos professores com formação de curta duração, 16 (44,4%) discordaram totalmente, 9 (25%) discordaram, mas não na totalidade, 4 (11,1%) nem concordaram nem discordaram, 4 (11,1%) concordaram totalmente e 3 (8,3%) concordaram, mas não totalmente. Relativamente aos professores sem experiência, 49 (32,7%) discordaram, mas não totalmente, 48 (32%) discordaram totalmente, 18 (12%) concordaram totalmente, tal como 18 (12%) concordaram, mas não totalmente, e 17 (11,3%) nem concordaram nem discordaram. Não se verificou existência de associação entre as opiniões acerca da importância dos projetos de futuro do jovem e o tipo de formação sobre de deficiência mental ( $\chi^2= 6,466$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,194$ )<sup>28</sup>.

**Tabela 27** – Grau de concordância com a afirmação “Dada a problemática do aluno, os projetos de futuro de um jovem com deficiência mental devem ser desconsiderados na delineação da intervenção”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	16	7	0	1	2	26
		f <sub>i</sub> (%)	61,5%	26,9%	0,0%	3,8%	7,7%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	16	9	4	3	4	36
		f <sub>i</sub> (%)	44,4%	25,0%	11,1%	8,3%	11,1%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	48	49	17	18	18	150
		f <sub>i</sub> (%)	32,0%	32,7%	11,3%	12,0%	12,0%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	11	4	1	2	1	19
		f <sub>i</sub> (%)	57,9%	21,1%	5,3%	10,5%	5,3%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	14	11	2	2	4	33
		f <sub>i</sub> (%)	42,4%	33,3%	6,1%	6,1%	12,1%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	55	50	18	18	19	160
		f <sub>i</sub> (%)	34,4%	31,3%	11,3%	11,3%	11,9%	100%
Todos		n	80	65	21	22	24	212
		%	37,7%	30,7%	9,9%	10,4%	11,3%	100

Relativamente à experiência, 11 (57,9%) professores com mais de 5 anos de experiência (57,9% destes) discordaram totalmente da afirmação, 4 (21,1%)

<sup>28</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.



discordaram, mas não totalmente, 2 (10,5%) concordaram, mas não totalmente, 1 (5,3%) concordou totalmente e 1 (5,3%) nem concordou nem discordou. Nos professores com experiência até 5 anos, 14 (42,4%) discordaram totalmente, 11 (33,3%) discordaram, mas não totalmente, 4 (12,1%) concordaram totalmente, 2 (6,1%) concordaram, mas não totalmente, e 2 (6,1%) nem concordaram nem discordaram. Quanto aos professores sem experiência, 55 (34,4%) discordaram totalmente da possibilidade dos projetos de futuro serem desconsiderados na intervenção educativa, 50 (31,3%) discordaram, mas não totalmente, 19 (11,9%) concordaram totalmente, 18 (11,3%) concordaram, mas não totalmente, e 18 (11,3%) nem concordaram nem discordaram. Não se verificou existência de associação entre as opiniões acerca da importância dos projetos de futuro do jovem e o tempo de experiência na lecionação de alunos com deficiência mental ( $\chi^2= 2,592$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,628$ )<sup>29</sup>.

#### **14. Formação para um posto de trabalho específico num aluno com deficiência mental**

Os inquiridos pronunciaram-se acerca da utilidade do aluno com deficiência mental ser formado para um posto de trabalho específico. Nos professores com formação de longa duração, 13 (50%) concordaram, mas não na totalidade, 8 (30,8%) concordaram totalmente, 2 (7,7%) nem concordaram nem discordaram, 2 (7,7%) discordaram, mas não totalmente, e 1 (3,8%) discordou totalmente. Nos professores com formação de curta duração, 12 (33,3%) concordaram, mas não totalmente, 10 (27,8%) concordaram totalmente, 10 (27,8%) nem concordaram nem discordaram, 3 (8,3%) discordaram e 1 (2,8%) discordou totalmente. Nos professores sem formação, 67 (44,7%) concordaram, mas não totalmente, 38 (25,3%) concordaram totalmente, 38 (25,3%) nem concordaram nem discordaram, 6 (4%) discordaram e 1 professor sem formação (0,7% destes) discordou totalmente. Estes dados encontram-se sintetizados na tabela 28. Não se verifica existência de associação entre as opiniões acerca da formação ser orientada para um futuro posto de trabalho específico e o tipo de formação sobre deficiência mental ( $\chi^2= 7,004$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,151$ )<sup>30</sup>.

Relativamente à experiência, 7 (36,8%) professores com mais de 5 anos de experiência concordaram que o aluno com deficiência mental deveria ter uma formação orientada para um futuro posto de trabalho específico, 6 (31,6%) concordaram totalmente e 6 (31,6%) nem concordaram nem discordaram. Nos professores com formação até 5 anos, 11 (33,3%) concordaram, 9 (27,3%)

<sup>29</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

<sup>30</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

concordaram totalmente, enquanto 9 (27,3%) nem concordaram nem discordaram. Quanto aos professores sem experiência, 74 (46,3%) discordaram, 41 (25,6%) concordaram totalmente, 35 (21,9%) nem concordaram nem discordaram e 9 (5,6%) discordaram, mas não totalmente, com a formação orientada para um posto de trabalho específico. Não se verifica existência de associação entre as opiniões acerca da formação ser orientada para um futuro posto de trabalho específico e a experiência na leção de alunos com deficiência mental ( $\chi^2=4,213$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,342$ )<sup>31</sup>.

**Tabela 28** – Grau de concordância com a afirmação “O aluno com DM deverá ter uma formação orientada para um futuro posto de trabalho específico”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	1	2	2	13	8	26
		f <sub>i</sub> (%)	3,8%	7,7%	7,7%	50,0%	30,8%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	1	3	10	12	10	36
		f <sub>i</sub> (%)	2,8%	8,3%	27,8%	33,3%	27,8%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	1	6	38	67	38	150
		f <sub>i</sub> (%)	0,7%	4,0%	25,3%	44,7%	25,3%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	0	0	6	7	6	19
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	0,0%	31,6%	36,8%	31,6%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	2	2	9	11	9	33
		f <sub>i</sub> (%)	6,1%	6,1%	27,3%	33,3%	27,3%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	1	9	35	74	41	160
		f <sub>i</sub> (%)	0,6%	5,6%	21,9%	46,3%	25,6%	100%
Todos		n	3	11	50	92	56	212
		%	1.4%	5.2%	23.6%	43.4%	26.4%	100%

**Tabela 29** – Associação entre as variáveis por itens de Estratégias de intervenção na DM

	11	12	13	14
Tipo de formação em DM	$\chi^2=3,087$	$\chi^2=3,597$	$\chi^2=6,466$	$\chi^2=7,004$
	$gl=4$	$gl=4$	$gl=4$	$gl=4$
	$p=0,538^*$	$p=0,478^*$	$p=0,194^*$	$p=0,151^*$
Experiência em DM	$\chi^2=3,582$	$\chi^2=2,495$	$\chi^2=2,592$	$\chi^2=4,213$
	$gl=4$	$gl=4$	$gl=4$	$gl=4$
	$p=0,409^*$	$p=0,617^*$	$p=0,628^*$	$p=0,342^*$

\* Resultados da simulação de Monte Carlo

<sup>31</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

## 15. Fatores de que depende a intervenção educativa nos casos de deficiência mental

Foi solicitado aos respondentes que identificassem os fatores que deveriam ser tidos em conta na intervenção educativa nos casos de deficiência mental. Nos professores com formação de longa duração, 23 (88,5% destes professores) referiram os “interesses dos alunos”, 18 (69,2%) referiram “idade do aluno”, “projetos de futuro” e “meio envolvente”, enquanto 9 (34,6%) dos professores com formação de longa duração referiram que o “currículo” era um fator a ter em conta. Nos professores com formação de curta duração, 30 (83,3%) consideraram os “interesses dos alunos” e “meio envolvente”, 24 (66,7%) referiram a “idade do aluno” e “projetos de futuro”, enquanto 8 (22,2% destes professores) referiram o “currículo”. Nos professores sem formação, 124 (82,7%) destes professores referiram os “interesses dos alunos”, 107 (71,3%) referiram a “idade do aluno”, enquanto 34 (22,7%) referiram o “currículo”.

**Tabela 30** – Distribuição da amostra relativamente aos fatores de que devem depender a intervenção educativa nos casos de DM\*

			Idade do aluno	Projetos de futuro	Meio envolvente	Escola e professores	Currículo	Interesses do aluno	Sugestões da família	Outra
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	18	18	18	14	9	23	10	0
		f <sub>i</sub> (%)	69,2%	69,2%	69,2%	53,8%	34,6%	88,5%	38,5%	0,0%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	24	24	30	22	8	30	18	3
		f <sub>i</sub> (%)	66,7%	66,7%	83,3%	61,1%	22,2%	83,3%	50,0%	8,3%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	107	97	99	84	34	124	55	3
		f <sub>i</sub> (%)	71,3%	64,7%	66,0%	56,0%	22,7%	82,7%	36,7%	2,0%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	14	11	15	16	7	16	11	1
		f <sub>i</sub> (%)	73,7%	57,9%	78,9%	84,2%	36,8%	84,2%	57,9%	5,3%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	28	27	28	19	14	31	17	1
		f <sub>i</sub> (%)	84,8%	81,8%	84,8%	57,6%	42,4%	93,9%	51,5%	3,0%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	107	101	104	85	30	130	55	4
		f <sub>i</sub> (%)	66,9%	63,1%	65,0%	53,1%	18,8%	81,3%	34,4%	2,5%
Todos		n <sub>i</sub>	149	139	147	120	51	177	83	6
		%	70,3%	65,6%	69,3%	56,6%	24,1%	83,5%	39,2%	2,8%

\* Os respondentes podiam selecionar vários itens.

Relativamente à experiência, tal como está explanado na tabela 30, 16 (84,2%) dos professores com mais de 5 anos de experiência referiram que, para a intervenção educativa nos casos de deficiência mental, eram importantes a “escola e professores” e “interesses do aluno”, 15 (78,9%) referiram o “meio envolvente”, enquanto 7 (36,8%) referiram o “currículo”. Nos professores com experiência até 5 anos, 31 (93,9% destes professores) referiram os “interesses dos alunos”, 28 (84,8%) referiram a “idade do aluno” e “meio envolvente”, 27 (81,8%) referiram os “projetos de futuro”, enquanto 14 (42,4%) referiram o “currículo”. Quanto aos professores sem experiência, 130 (81,3% destes professores) referiram os “interesses do aluno”, 107 (66,9%) a “idade do aluno”, 104 (65%) meio envolvente, enquanto 30 (18,8%) referiram o “currículo”. Entre os “outros” fatores apontados, regista-se, por exemplo, “tipologia da deficiência”, “potencialidades do aluno”, “grau da deficiência” ou “capacidades do aluno”.

#### **d) Procura de conhecimento acerca da deficiência mental**

##### **16. A importância do conhecimento acerca da deficiência mental**

No primeiro item sobre a procura de conhecimento acerca de aspetos da deficiência mental, os inquiridos pronunciaram-se sobre a importância desse conhecimento para a sua prática. Relativamente ao tipo de formação, 14 professores com formação de longa duração (53,8% destes) concordaram totalmente com a importância do conhecimento sobre deficiência mental para os professores, 9 (34,6%) concordaram e 3 (11,5%) nem concordaram nem discordaram. Nos professores com formação de curta duração, 24 (66,7%) concordaram totalmente, 11 (30,6%) concordaram e 1 (2,8%) discordou. Nos professores sem formação, 66 (44%) concordaram com a importância dos professores terem conhecimentos acerca da deficiência mental, 58 (38,7%) concordaram totalmente e 19 (12,7%) nem concordaram nem discordaram, 5 (3,3%) discordaram e 2 (1,3%) discordaram totalmente. Estes dados encontram-se sintetizados na tabela 31. Não se verifica a existência de associação entre as opiniões acerca da importância do conhecimento sobre deficiência mental e o tipo de formação sobre deficiência mental ( $\chi^2= 6,660$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,141$ )<sup>32</sup>.

Relativamente à experiência, 14 professores com mais de 5 anos de experiência na leção de alunos com deficiência mental (73,7%) concordaram totalmente com a importância do professor ter conhecimentos acerca da deficiência mental, 4 (21,1%) concordaram e 1 (5,3%) nem concordou nem discordou. Nos professores com experiência até 5 anos, 17 (51,5%) concordaram totalmente, 15 concordaram, mas não totalmente, e 1 (3%) nem concordou nem discordou. Quanto

<sup>32</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

aos professores sem experiência, 67 (41,9%) concordaram, 65 (40,6%) concordaram totalmente, 20 (12,5%) nem concordaram nem discordaram, 6 (3,8%) discordaram e 2 (1,3%) discordaram totalmente. Não se verifica existência de associação entre as opiniões acerca da importância do conhecimento sobre deficiência mental e a experiência na leção de alunos com deficiência mental ( $\chi^2= 6,349$ ; gl=4;  $p=0,152$ )<sup>33</sup>.

**Tabela 31** – Grau de concordância com a afirmação “É importante que todos os professores tenham conhecimentos acerca da DM”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	0	0	3	9	14	26
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	0,0%	11,5%	34,6%	53,8%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	0	1	0	11	24	36
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	2,8%	0,0%	30,6%	66,7%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	2	5	19	66	58	150
		f <sub>i</sub> (%)	1,3%	3,3%	12,7%	44,0%	38,7%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	0	0	1	4	14	19
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	0,0%	5,3%	21,1%	73,7%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	0	0	1	15	17	33
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	0,0%	3,0%	45,5%	51,5%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	2	6	20	67	65	160
		f <sub>i</sub> (%)	1,3%	3,8%	12,5%	41,9%	40,6%	100%
Todos		n	2	6	22	86	96	212
		%	0,9%	2,8%	10,4%	40,6%	45,3%	100%

## 17. Benefício das ações de formação contemplarem a temática da deficiência mental

Este item solicitou aos inquiridos que se pronunciassem sobre o eventual benefício das ações de formação contemplarem a temática da deficiência mental. Nos professores com formação de longa duração, 13 (50% destes professores) concordaram totalmente com o benefício inerente às ações de formação contemplarem esta temática, 12 (46,2%) concordaram e 1 (3,8%) nem concordou nem discordou. Quanto aos professores com formação de curta duração, 24 (66,7%) concordaram totalmente, 10 (27,8%) concordaram, 1 (2,8%) nem concordou nem discordou e 1 (2,8%) discordou. Nos professores sem formação, 63 (42%) concordaram com o benefício das ações de formação contemplarem esta temática, 54

<sup>33</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

(36%) concordaram totalmente, 29 (19,3%) nem concordaram nem discordaram, enquanto 3 (2%) discordaram e 1 (0,7%) discordou totalmente. Verifica-se existência de associação entre as opiniões acerca do benefício das ações de formação contemplarem a temática da deficiência mental e o tipo de formação sobre deficiência mental ( $\chi^2 = 10,057$ ; gl=4; p=0,050)<sup>34</sup>.

**Tabela 32** – Grau de concordância com a afirmação “Seria benéfico que as ações de formação contemplassem a temática da DM”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	0	0	1	12	13	26
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	0,0%	3,8%	46,2%	50,0%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	0	1	1	10	24	36
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	2,8%	2,8%	27,8%	66,7%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	1	3	29	63	54	150
		f <sub>i</sub> (%)	0,7%	2,0%	19,3%	42,0%	36,0%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	0	0	1	5	13	19
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	0,0%	5,3%	26,3%	68,4%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	0	0	0	15	18	33
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	0,0%	0,0%	45,5%	54,5%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	1	4	30	65	60	160
		f <sub>i</sub> (%)	0,6%	2,5%	18,8%	40,6%	37,5%	100%
Todos		n	1	4	31	85	91	212
		%	0,5%	1,9%	14,6%	40,1%	42,9%	100%

Apresentando os resultados obtidos de acordo com a experiência dos respondentes, 13 dos professores com mais de 5 anos de experiência (68,4% destes) concordaram totalmente com o benefício das ações de formação contemplarem a temática da deficiência mental, 5 (26,3%) concordaram e 1 (5,3%) nem concordou nem discordou. Nos professores com experiência até 5 anos, 18 (54,5%) concordaram totalmente e 15 (45,5%) concordaram, mas não totalmente. Quanto aos professores sem experiência, 65 (40,6%) concordaram com o benefício das ações de formação contemplarem esta temática, 60 (37,5%) concordaram totalmente, 30 (18,8%) nem concordaram nem discordaram, enquanto 4 (2,5%) discordaram e 1 (0,6%) discordou totalmente. Verificou-se a existência de associação entre as opiniões acerca do benefício das ações de formação contemplarem a temática da deficiência mental e a

<sup>34</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

experiência na leção de alunos com deficiência mental ( $\chi^2= 11,375$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,024$ )<sup>35</sup>.

### **18. Informação prestada pelo relatório técnico-pedagógico nos casos de deficiência mental**

Os professores, neste item, referiram se o relatório técnico-pedagógico (RTP) informava ou não convenientemente acerca da problemática do aluno com deficiência mental. Quanto à formação, 11 professores com formação de longa duração (42,3%) concordaram com o facto do RTP informar convenientemente acerca da problemática do aluno com deficiência mental, 2 (7,7%) concordaram totalmente, 5 (19,2%) discordaram, 3 (11,5%) discordaram totalmente, enquanto 5 (19,2%) nem concordaram nem discordaram. Nos professores com formação de curta duração, 18 (50%) nem concordaram nem discordaram, 10 (27,8%) concordaram e 8 (22,2%) discordaram. Quanto aos professores sem formação, 76 (50,7%) nem concordaram nem discordaram, 32 (21,3%) concordaram, 9 (6%) concordaram totalmente, 25 (16,7%) discordaram e 8 (5,3%) discordaram totalmente. Estes dados encontram-se sintetizados na tabela 33. Quanto à dependência entre as opiniões sobre o esclarecimento do RTP acerca da problemática do aluno com deficiência mental e o tipo de formação sobre deficiência mental, verificou-se que estava perto do limite de significância ( $\chi^2= 9,397$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,052$ ).

Vendo os resultados de acordo com a experiência, 8 professores com mais de 5 anos (42,1% destes) concordaram que o RTP esclarecia acerca da problemática do aluno com deficiência mental, 1 (5,3%) concordou totalmente, 7 (36,8%) nem concordaram nem discordaram, 2 (10,5%) discordaram e 1 (5,3%) discordou totalmente. Nos professores com experiência até 5 anos, 13 (39,4%) concordaram, 3 concordaram totalmente, 8 (24,2%) nem concordaram nem discordaram, 6 (18,2%) discordaram e 3 (9,1%) discordaram totalmente. Quanto aos professores sem experiência, 84 (52,5%) nem concordaram nem discordaram, 32 (20%) concordaram, 7 (4,4%) concordaram totalmente, 30 (18,8%) discordaram e 7 (4,4%) discordaram totalmente. Estes dados encontram-se sintetizados na tabela 33. Verificou-se a existência de associação entre as opiniões sobre o esclarecimento do RTP acerca da problemática do aluno com deficiência mental e a experiência na leção de alunos com deficiência mental ( $\chi^2= 13,108$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,011$ ).

<sup>35</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

**Tabela 33** – Grau de concordância com a afirmação “O RTP informa convenientemente acerca da problemática do aluno com DM”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	3	5	5	11	2	26
		f <sub>i</sub> (%)	11,5%	19,2%	19,2%	42,3%	7,7%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	0	8	18	10	0	36
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	22,2%	50,0%	27,8%	0,0%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	8	25	76	32	9	150
		f <sub>i</sub> (%)	5,3%	16,7%	50,7%	21,3%	6,0%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	1	2	7	8	1	19
		f <sub>i</sub> (%)	5,3%	10,5%	36,8%	42,1%	5,3%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	3	6	8	13	3	33
		f <sub>i</sub> (%)	9,1%	18,2%	24,2%	39,4%	9,1%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	7	30	84	32	7	160
		f <sub>i</sub> (%)	4,4%	18,8%	52,5%	20,0%	4,4%	100%
Todos		n	11	38	99	53	11	212
		%	5,2%	17,9%	46,7%	25,0%	5,2%	100%

### 19. Conhecimento da deficiência mental cabe ao professor de educação especial

No último item desta escala, os respondentes tiveram que evidenciar o grau de concordância relativamente à frase que afirmava que o conhecimento acerca da deficiência mental era uma obrigação dos professores de educação especial, mas não dos professores do ensino regular. Apresentando os resultados quanto à formação, 13 professores com formação de longa duração (50% destes) discordaram totalmente, 5 (19,2%) discordaram, 6 (23,1%) concordaram, 1 (3,8%) concordou totalmente e 1 (3,8%) nem concordou nem discordou. Nos professores com formação de curta duração, 16 (44,4%) discordaram, 11 (30,6%) discordaram totalmente, 3 (8,6%) concordaram totalmente, 2 (5,6%) concordaram e 4 (11,1%) nem concordaram nem discordaram. Quanto aos professores sem formação, 44 (29,3%) discordaram, 39 (26%) discordaram totalmente, 33 (22%) nem concordaram nem discordaram, 21 (14%) concordaram e 13 (8,7%) concordaram totalmente. Estes dados encontram-se sintetizados na tabela 34. Não se verificou existência de associação entre as opiniões acerca da responsabilidade de conhecer a problemática estar entregue aos professores de educação especial e o tipo de formação sobre deficiência mental,



embora o resultado tenha ficado perto do limite de significância ( $\chi^2 = 8,846$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,065$ )<sup>36</sup>.

**Tabela 34** – Grau de concordância com a afirmação “Os professores de Ed. Especial é que têm obrigação de conhecer a problemática”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	13	5	1	6	1	26
		f <sub>i</sub> (%)	50,0%	19,2%	3,8%	23,1%	3,8%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	11	16	4	2	3	36
		f <sub>i</sub> (%)	30,6%	44,4%	11,1%	5,6%	8,3%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	39	44	33	21	13	150
		f <sub>i</sub> (%)	26,0%	29,3%	22,0%	14,0%	8,7%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	10	7	1	0	1	19
		f <sub>i</sub> (%)	52,6%	36,8%	5,3%	0,0%	5,3%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	11	13	3	4	2	33
		f <sub>i</sub> (%)	33,3%	39,4%	9,1%	12,1%	6,1%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	42	45	34	25	14	160
		f <sub>i</sub> (%)	26,3%	28,1%	21,3%	15,6%	8,8%	100%
Todos		n	63	65	38	29	17	212
		%	29,7%	30,7%	17,9%	13,7%	8,0%	100%

Relativamente à experiência, 10 professores com mais de 5 anos de experiência (52,6% destes) discordaram totalmente com o facto dos professores de educação especial é que terem obrigação de conhecerem a problemática, 5 (19,2%) discordaram, 6 (23,1%) concordaram, 1 (5,3%) concordou totalmente, enquanto 1 (5,3%) nem concordou nem discordou. Nos professores com experiência até 5 anos, 11 (33,3%) discordaram totalmente, 13 (39,4%) discordaram, 4 (12,1%) concordaram, 2 (6,1%) concordaram totalmente, enquanto 3 nem concordaram nem discordaram. Quanto aos professores sem experiência, 45 (28,1%) discordaram, 42 (26,3%) discordaram totalmente, 25 (15,6%) concordaram e 14 (8,8%) concordaram totalmente, enquanto 34 (21,3%) nem concordaram nem discordaram. Verificou-se existência de associação entre as opiniões acerca da responsabilidade de conhecer a problemática estar entregue aos professores de educação especial e a experiência na leccionação de alunos com deficiência mental ( $\chi^2 = 11,657$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,020$ ).

<sup>36</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

## 20. Forma de conhecer melhor a deficiência mental

Nesta questão, os inquiridos indicaram o momento ou meio que privilegiavam para conhecerem melhor a problemática da deficiência mental. De acordo com a formação, 11 professores com formação de longa duração (42,3% destes professores) referiram a formação inicial como momento mais apropriado, também 11 (42,3%) referiram as ações de formação contínua, 3 (11,5%) referiram que o RTP deveria classificar a problemática e 1 (3,8%) referiu que o professor de educação especial deveria dar as informações necessárias. Nos professores com formação de curta duração ou com formação obtida na formação inicial, 18 (50%) referiram as ações de formação contínua, 12 (33,3%) referiram a formação inicial, enquanto 4 (11,1%) referiram que o professor de educação especial deveria dar as informações. Quanto aos professores sem formação, 64 (42,7%) privilegiaram as ações de formação contínua, 46 (30,7%) a formação inicial, 19 referiram que o RTP deveria classificar a problemática, 10 (6,7%) referiram que deveria ser o professor de educação especial a dar mais informações, tal como, também, 10 (6,7% dos professores sem formação) ficaram sem opinião. Não se verificou existência de associação entre o tipo de formação sobre deficiência mental e o meio privilegiado para a obtenção de conhecimento sobre a deficiência mental ( $\chi^2 = 7,978$ ; gl=10;  $p=0,588$ )<sup>37</sup>.

**Tabela 35** – Distribuição da amostra relativamente à forma que como os professores poderiam saber mais sobre DM

			Formação inicial	Ações de formação	Prof. Ed. Especial	RTP deveria classificar	Outra	Sem opinião	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub> f <sub>i</sub> (%)	11 42,3%	11 42,3%	1 3,8%	3 11,5%	0 0,0%	0 0,0%	26 100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub> f <sub>i</sub> (%)	12 33,3%	18 50,0%	4 11,1%	1 2,8%	0 0,0%	1 2,8%	36 100%
	Sem formação	n <sub>i</sub> f <sub>i</sub> (%)	46 30,7%	64 42,7%	10 6,7%	19 12,7%	1 0,7%	10 6,7%	150 100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub> f <sub>i</sub> (%)	12 63,2%	6 31,6%	0 0,0%	1 5,3%	0 0,0%	0 0,0%	19 100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub> f <sub>i</sub> (%)	11 33,3%	15 45,5%	2 6,1%	5 15,2%	0 0,0%	0 0,0%	33 100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub> f <sub>i</sub> (%)	46 28,8%	72 45,0%	13 8,1%	17 10,6%	1 0,6%	11 6,9%	160 100%
Todos		n %	69 32,5%	93 43,9%	15 7,1%	23 10,8%	1 0,5%	11 5,2%	212 100%

<sup>37</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

Tal como foi sintetizado na tabela 35, relativamente à experiência, 12 professores com mais de 5 anos de experiência (63,2% destes) privilegiaram a formação inicial como a forma de se conhecer melhor a problemática da deficiência mental, enquanto 6 (31,6%) referiram as ações de formação contínua. Nos professores com experiência até 5 anos, 15 (45,5%) privilegiaram as ações de formação, 11 (33,3) a formação inicial, enquanto 5 (15,2%) consideraram o RTP. Quanto aos professores sem experiência, 72 (45,5%) selecionaram as ações de formação, 46 (28,8%) referiram que a formação inicial como momento preferencial, 17 (10,6%) referiram o RTP, 13 consideraram que o professor de educação especial poderia dar mais informações, enquanto 11 (6,9%) ficaram sem opinião. Não se verificou existência de associação entre a experiência na lecionação de alunos com deficiência mental e o meio privilegiado para a obtenção de conhecimento sobre a deficiência mental ( $\chi^2= 13,363$ ; gl=10;  $p=0,210$ )<sup>38</sup>.

**Tabela 36** – Associação entre as variáveis por itens da Procura do conhecimento sobre DM

	16	17	18	19	20
Tipo de formação em DM	$\chi^2=6,660$	$\chi^2=10,057$	$\chi^2=9,397$	$\chi^2=8,846$	$\chi^2=7,978$
	gl=4	gl=4	gl=4	gl=4	gl=10
	p=0,141*	<b>p=0,050*</b>	p=0,052	p=0,065	p=0,588*
Experiência em DM	$\chi^2=6,349$	$\chi^2=11,375$	$\chi^2=13,108$	$\chi^2=11,657$	$\chi^2=13,563$
	gl=4	gl=4	gl=4	gl=4	gl=10
	p=0,152*	<b>p=0,024*</b>	<b>p=0,011</b>	<b>p=0,020</b>	p=0,210*

\* Resultados da simulação de Monte Carlo

## e) Papel do professor de educação especial nos casos de deficiência mental

### 21. Momentos de higiene e alimentação como momentos de aprendizagem

Este item iniciou a recolha das opiniões relativamente ao papel do professor de educação especial nos casos de deficiência mental. O primeiro item consistia numa frase que referia que os professores de educação especial deveriam aproveitar os momentos de higiene e alimentação para promoverem momentos de aprendizagem. Relativamente ao tipo de formação, 11 dos professores com formação de longa duração (42,3% destes) concordaram totalmente, 10 (38,5%) concordam, enquanto 4 (15,4%) nem concordaram nem discordaram. Nos professores com formação de curta

<sup>38</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

duração, 19 (52,8%) concordaram totalmente, 10 (27,8%) concordaram, 3 (8,3%) discordaram, 1 (2,8%) discordou totalmente, enquanto 3 nem concordaram nem discordaram. Quanto aos professores sem formação sobre deficiência mental, 69 (46%) concordaram, mas não totalmente, 44 (29,3%) concordaram totalmente, 8 discordaram (5,3%), 1 (0,7%) discordou totalmente, enquanto 28 (18,7%) nem concordaram nem discordaram. Estes dados encontram-se sintetizados na tabela 37. Não se verificou a existência de associação entre o tipo de formação sobre deficiência mental e as opiniões acerca da possibilidade do professor de educação especial poder aproveitar os momentos de higiene e alimentação como momentos de aprendizagem ( $\chi^2= 3,551$ ; gl=4;  $p=0,507$ )<sup>39</sup>.

**Tabela 37** – Grau de concordância com a afirmação “O prof. de Ed. Especial deve aproveitar os momentos de alimentação e higiene do aluno com DM para promover momentos de aprendizagem”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	$n_i$ $f_i(\%)$	0 0,0%	1 3,8%	4 15,4%	10 38,5%	11 42,3%	26 100%
	Formação inicial ou de curta duração	$n_i$ $f_i(\%)$	1 2,8%	3 8,3%	3 8,3%	10 27,8%	19 52,8%	36 100%
	Sem formação	$n_i$ $f_i(\%)$	1 0,7%	8 5,3%	28 18,7%	69 46,0%	44 29,3%	150 100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	$n_i$ $f_i(\%)$	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	9 47,4%	10 52,6%	19 100%
	Até 5 anos	$n_i$ $f_i(\%)$	2 6,1%	2 6,1%	6 18,2%	13 39,4%	10 30,3%	33 100%
	Sem experiência	$n_i$ $f_i(\%)$	0 0,0%	10 6,3%	29 18,1%	67 41,9%	54 33,8%	160 100%
Todos		$n$ %	2 0,9%	12 5.7%	35 16,5%	89 42.0%	74 34.9%	212 100%

Relativamente à experiência, 10 professores com mais de 5 anos de experiência (52,6% destes) concordaram totalmente e 9 (47,4%) concordaram, mas não totalmente. Nos professores com experiência até 5 anos, 13 (39,4%) concordaram, 10 (30,3%) concordaram totalmente, 2 (6,1%) discordaram, tal como 2 (6,1%) discordaram totalmente, enquanto 6 (18,2%) nem concordaram nem discordaram. Quanto aos professores sem experiência, 67 (41,9%) concordaram, 54 (33,8%) concordaram totalmente, 10 (6,3%) discordaram, enquanto 29 (18,1%) nem

<sup>39</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

concordaram nem discordaram. Não se verificou a existência de associação entre a experiência na leção de alunos com deficiência mental e as opiniões acerca da possibilidade professor de educação especial poder aproveitar os momentos de higiene e alimentação como momentos de aprendizagem ( $\chi^2 = 7,827$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,109$ )<sup>40</sup>.

## 22. Papel pedagógico VS papel de consultadoria

Neste item, os respondentes pronunciaram-se sobre o confronto entre o papel pedagógico do professor de educação especial e o seu papel de consultadoria. Perante a frase que referia que o professor de educação especial deveria ter um papel mais pedagógico do que de consultadoria, 13 professores com formação de longa duração (50% destes) concordaram, 6 (23,1%) concordaram totalmente, 1 (3,8%) discordou, enquanto 6 (23,1%) nem concordaram nem discordaram. Nos professores com formação de curta duração, 16 (44,4%) concordaram totalmente, 13 (36,1%) concordaram, mas não totalmente, 3 (8,3%) discordaram, 1 (2,8%) discordou totalmente, enquanto 3 (8,3%) nem concordaram nem discordaram. Quanto aos professores sem formação, 66 (44%) concordaram, 36 (24%) concordaram totalmente, 6 (4%) discordaram, enquanto 42 (28%) nem concordaram nem discordaram. Estes dados encontram-se sintetizados na tabela 38. A medida de associação entre as opiniões acerca do papel do professor de educação especial – mais pedagógico do que de consultadoria – e tipo de formação sobre deficiência mental não é significativa, embora esteja próxima do limite de significância ( $\chi^2 = 8,281$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,068$ )<sup>41</sup>.

Relativamente à experiência, 10 professores com mais de 5 anos de experiência (52,6% destes) concordaram que o professor de educação especial deveria ter um papel mais pedagógico do que de consultadoria, 4 (21,1%) concordaram totalmente, 1 discordou, enquanto 4 (21,1%) nem concordaram nem discordaram. Nos professores com experiência até 5 anos, 17 (51,5%) concordaram, 10 (30,3%) concordaram totalmente, 1 (3%) discordou, enquanto 5 (15,2%) nem concordaram nem discordaram. Quanto aos professores sem experiência, 65 (40,6%) concordaram, mas não totalmente, 44 (27,5%) concordaram totalmente, 8 (5%) discordaram, 1 (0,6%) discordou totalmente e 42 (26,3%) nem concordaram nem discordaram. Estes dados encontram-se sintetizados na tabela 38. A medida de associação entre as opiniões acerca do papel mais ou menos pedagógico do professor de educação especial e a experiência na leção de alunos com deficiência mental não é significativa ( $\chi^2 = 2,585$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,646$ )<sup>42</sup>.

<sup>40</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

<sup>41</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

<sup>42</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

**Tabela 38** – Grau de concordância com a afirmação “Nos casos de DM, o papel dos professores de Ed. Especial deve ser mais pedagógico do que de consultadoria”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	0	1	6	13	6	26
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	3,8%	23,1%	50,0%	23,1%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	1	3	3	13	16	36
		f <sub>i</sub> (%)	2,8%	8,3%	8,3%	36,1%	44,4%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	0	6	42	66	36	150
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	4,0%	28,0%	44,0%	24,0%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	0	1	4	10	4	19
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	5,3%	21,1%	52,6%	21,1%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	0	1	5	17	10	33
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	3,0%	15,2%	51,5%	30,3%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	1	8	42	65	44	160
		f <sub>i</sub> (%)	0,6%	5,0%	26,3%	40,6%	27,5%	100%
Todos		n	1	10	51	92	58	212
		%	0,5%	4,7%	24,1%	43,4%	27,4%	100%

### 23. Condução da intervenção educativa nos casos da deficiência mental

Os professores, neste item, pronunciaram-se acerca de uma eventual alteração legislativa, mais concretamente se deveria ser o professor de educação especial a conduzir a intervenção educativa nos casos de deficiência mental, substituindo, dessa forma, o diretor de turma na coordenação do Programa Educativo Individual (PEI). Relativamente à formação, 13 professores com formação de longa duração (50% destes) concordaram com a intervenção educativa a ser conduzida pelo professor de educação especial, 4 (15,4%) concordaram totalmente, 2 (7,7%) discordaram, enquanto 6 (23,1%) nem concordaram nem discordaram. Nos professores com formação de curta duração ou com formação obtida na formação inicial, 17 (47,2%) concordaram, 12 (33,3%) concordaram totalmente, enquanto 7 (19,4%) nem concordaram nem discordaram. Quanto aos professores sem formação, 78 (52%) concordaram, 46 (30,7%) concordaram totalmente, 2 (1,3%) discordaram, enquanto 24 (16%) nem concordaram nem discordaram. Estes dados encontram-se sintetizados na tabela 39. Verificou-se a existência de associação entre as posições acerca da possibilidade do professor de educação especial passar a conduzir a intervenção

educativa nos casos de deficiência mental e o tipo de formação em deficiência mental ( $\chi^2 = 12,368$ ; gl=4;  $p=0,019$ )<sup>43</sup>.

**Tabela 39** – Grau de concordância com a afirmação “O prof. de Ed especial deve conduzir a intervenção educativa nos casos de DM”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	1	2	6	13	4	26
		f <sub>i</sub> (%)	3,8%	7,7%	23,1%	50,0%	15,4%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	0	0	7	17	12	36
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	0,0%	19,4%	47,2%	33,3%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	0	2	24	78	46	150
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	1,3%	16,0%	52,0%	30,7%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	1	0	5	9	4	19
		f <sub>i</sub> (%)	5,3%	0,0%	26,3%	47,4%	21,1%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	0	1	3	18	11	33
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	3,0%	9,1%	54,5%	33,3%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	0	3	29	81	47	160
		f <sub>i</sub> (%)	0,0%	1,9%	18,1%	50,6%	29,4%	100%
Todos		n	1	4	37	108	62	212
		%	0,5%	1,9%	17,5%	50,9%	29,2%	100%

Relativamente à experiência, 9 professores com mais de 5 anos de experiência (47,4% destes) concordaram com a possibilidade do professor de educação especial conduzir a intervenção educativa nos casos de deficiência mental, 4 (21,1%) concordaram totalmente, 1 (5,3%) discordou totalmente, enquanto 5 (26,3%) nem concordaram nem discordaram. Nos professores com experiência até 5 anos, 18 (54,5%) concordaram, 11 (33,3%) concordaram totalmente, 1 (3%) discordou, enquanto 3 (9,1%) nem concordaram nem discordaram. Quanto aos professores sem experiência, 81 (50,6%) concordaram, 47 (29,4%) concordaram totalmente, 3 (1,9%) discordaram, enquanto 29 (18,1%) nem concordaram nem discordaram. Não se verificou associação entre as posições acerca da possibilidade do professor de educação especial passar a conduzir a intervenção educativa nos casos de deficiência mental e a experiência na lecionação de alunos com deficiência mental ( $\chi^2 = 3,692$ ; gl=4;  $p=0,403$ )<sup>44</sup>.

<sup>43</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

<sup>44</sup> Resultados da simulação de Monte Carlo.

## 24. Necessidade do professor de educação especial classificar o aluno com deficiência mental

Neste item pretendia-se obter a opinião dos respondentes acerca da necessidade do professor de educação especial ter ou não de, perante o diretor de turma, classificar o aluno com deficiência mental. Relativamente à formação, 8 professores com formação de longa duração (30,8%) nem concordaram nem discordaram, 8 (23,1%) concordaram, 3 (11,5%) concordaram totalmente, 5 (19,2%) discordaram e 4 (15,4%) discordaram totalmente. Nos professores com formação de curta duração ou formação obtida na formação inicial, 16 (44,4%) concordaram, 6 (16,7%) concordaram totalmente, 3 (8,3%) discordaram, 4 (11,1%) discordaram totalmente, enquanto 7 (19,4%) nem concordaram nem discordaram. Quanto aos professores sem formação, 63 (42%) concordaram, 24 (16%) concordaram totalmente, 14 (9,3%) discordaram, 4 (2,7%) discordaram totalmente, enquanto 45 (30%) nem concordaram nem discordaram. Verificou-se existência de associação entre as opiniões acerca da possibilidade do professor de educação especial classificar o aluno com deficiência mental e o tipo de formação sobre deficiência mental ( $\chi^2= 10,996$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,027$ ).

**Tabela 40** – Grau de concordância com a afirmação “O prof. de Ed. Especial deve, perante o diretor de turma, classificar o aluno com DM”

			Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	4	5	8	6	3	26
		f <sub>i</sub> (%)	15,4%	19,2%	30,8%	23,1%	11,5%	100%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	4	3	7	16	6	36
		f <sub>i</sub> (%)	11,1%	8,3%	19,4%	44,4%	16,7%	100%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	4	14	45	63	24	150
		f <sub>i</sub> (%)	2,7%	9,3%	30,0%	42,0%	16,0%	100%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	2	3	5	7	2	19
		f <sub>i</sub> (%)	10,5%	15,8%	26,3%	36,8%	10,5%	100%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	1	4	10	10	8	33
		f <sub>i</sub> (%)	3,0%	12,1%	30,3%	30,3%	24,2%	100%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	9	15	45	68	23	160
		f <sub>i</sub> (%)	5,6%	9,4%	28,1%	42,5%	14,4%	100%
Todos		n	12	22	60	85	33	212
		%	5.7%	10.4%	28.3%	40.1%	15.6%	100%

Relativamente à experiência, 7 dos professores com mais de 5 anos de experiência (36,8% destes) concordaram com a frase que referia que o professor de



educação especial deveria, perante o diretor de turma, classificar o aluno com deficiência mental, 2 (10,5%) concordaram totalmente, 3 (15,8%) discordaram, 2 (10,5%) discordaram totalmente, enquanto 5 (26,3%) nem concordaram nem discordaram. Nos professores com experiência até 5 anos, 10 (30,3%) concordaram, 8 (24,2%) concordaram totalmente, 4 (12,1%) discordaram, 1 (3%) discordou totalmente, enquanto 10 (30,3%) nem concordaram nem discordaram. Quanto aos professores sem experiência na lecionação de alunos com deficiência mental, 68 (42,5%) concordaram, 23 (14,4%) concordaram totalmente, 15 (9,4%) discordaram, 9 (5,6%) discordaram totalmente, enquanto 45 (28,1%) nem concordaram nem discordaram. Não se verificou associação entre as opiniões acerca da possibilidade do professor de educação especial classificar o aluno com deficiência mental e a experiência na lecionação de alunos com deficiência mental ( $\chi^2= 1,735$ ; gl=4;  $p=0,784$ ).

**Tabela 41** – Associação entre as variáveis por itens de Papel do prof. de EE nos casos de DM

	21	22	23	24
Tipo de formação em DM	$\chi^2=3,551$	$\chi^2=8,281$	$\chi^2=12,368$	$\chi^2=10,996$
	gl=4	gl=4	gl=4	gl=4
	$p=0,507^*$	$p=0,068^*$	<b><math>p=0,019^*</math></b>	<b><math>p=0,027</math></b>
Experiência em DM	$\chi^2=7,827$	$\chi^2=2,585$	$\chi^2=3,692$	$\chi^2=1,735$
	gl=4	gl=4	gl=4	gl=4
	$p=0,109^*$	$p=0,646^*$	$p=0,403^*$	$p=0,784$

## 25. Dever do professor de educação especial perante os casos de deficiência mental

No último item do questionário, os respondentes pronunciaram-se acerca das funções do professor de educação especial nos casos de deficiência mental. Relativamente à formação, 23 dos professores com formação de longa duração (88,5% destes) consideraram que o professor de educação especial deve propor ajuda suplementar e serviços que o aluno necessite, 22 (84,6%) referiram que deveria sugerir estratégias, 20 (76,9%) propor alterações no currículo e 15 (57,7%) referiram que deveria acompanhar o aluno na sua higiene e alimentação. Nos professores com formação de curta duração ou com formação obtida na formação inicial, 35 (97,2%) referiram que deveria sugerir estratégias, 30 (83,3%) que deveria propor ajuda suplementar, 29 (80,6%) referiram propor alterações no currículo, 25 (69,4%) propor alterações na avaliação, 24 (66,7%) acompanhar o aluno na higiene e alimentação. Nos professores sem formação, 130 (86,7%) referiram que o professor de educação

especial deveria sugerir estratégias, 124 (82,7%) propor alterações no currículo, 122 (81,3%) propor ajuda suplementar, 111 (74%) propor alterações na avaliação e 77 (51,3%) acompanhar na higiene e alimentação. O dever de classificar o aluno com deficiência mental não foi escolhido por mais de metade dos respondentes de cada subgrupo da formação, obtendo o seu registo mais baixo (26,9%) nos professores de longa duração.

**Tabela 42** – Distribuição da amostra relativamente ao papel do prof. de educação especial nos casos de DM\*

			Classificar DM	Propor alterações no currículo	Propor alterações na avaliação	Propor ajuda suplementar	Sugerir estratégias	Acompanhar na higiene e alimentação	Outra
Formação em DM	Longa duração	n <sub>i</sub>	7	20	18	23	22	15	2
		f <sub>i</sub> (%)	26,9%	76,9%	69,2%	88,5%	84,6%	57,7%	7,7%
	Formação inicial ou de curta duração	n <sub>i</sub>	17	29	25	30	35	24	3
		f <sub>i</sub> (%)	47,2%	80,6%	69,4%	83,3%	97,2%	66,7%	8,3%
	Sem formação	n <sub>i</sub>	73	124	111	122	130	77	2
		f <sub>i</sub> (%)	48,7%	82,7%	74,0%	81,3%	86,7%	51,3%	1,3%
Experiência em DM	Mais de 5 anos	n <sub>i</sub>	8	18	16	18	18	10	0
		f <sub>i</sub> (%)	42,1%	94,7%	84,2%	94,7%	94,7%	52,6%	0,0%
	Até 5 anos	n <sub>i</sub>	14	26	23	30	26	18	4
		f <sub>i</sub> (%)	42,4%	78,8%	69,7%	90,9%	78,8%	54,5%	12,1%
	Sem experiência	n <sub>i</sub>	75	129	115	127	143	88	3
		f <sub>i</sub> (%)	46,9%	80,6%	71,9%	79,4%	89,4%	55,0%	1,9%
Todos		n	97	173	154	175	187	116	7
		%	45.8%	81.6%	72.6%	82.5%	88.2%	54.7%	3.3%

\* Os respondentes podiam seleccionar vários itens.

Relativamente à experiência, 18 professores com mais de 5 anos de experiência (94,7%) referiram que o professor de educação especial deveria propor alterações no currículo, propor ajuda ou serviços suplementares e sugerir estratégias adequadas, 16 (84,2%) referiram que deveria propor alterações no processo de avaliação e 10 (52,6%) consideraram que deveria acompanhar o aluno nas atividades de alimentação e higiene. Nos professores com experiência até 5 anos, 30 (90,9%) consideraram que o professor de educação especial deveria propor ajuda suplementar e serviços necessários ao aluno, 26 (78,8%) referiram que deveria propor alterações no currículo e sugerir estratégias de ensino adequadas, 23 (69,7%) propor alterações no processo de avaliação e 18 (54,5%) consideram que deveriam acompanhar o aluno na alimentação e higiene. Quanto aos professores sem experiência, 143 (89,4%)

consideraram que o professor de educação especial deveria sugerir estratégias adequadas, 129 (80,6%) referiram que deveria propor alterações no currículo, 127 (79,4%) consideraram que deveria propor ajuda suplementar e serviços necessários ao aluno e 88 (55%) referiram que deveria acompanhar o aluno na alimentação e higiene. Tal como na formação, também na experiência a classificação da deficiência mental não foi escolhido por mais de metade dos inquiridos de cada subgrupo da experiência. Nas respostas colocadas em “outras” encontra-se, por exemplo, “acompanhar o aluno nas várias disciplinas”, “reunir com os pais e esclarecê-los” e “trabalhar diretamente com o aluno”.

### 3. Discussão de Resultados

Neste ponto comparar-se-ão os resultados com aquilo que foi referido no enquadramento teórico e com as hipóteses levantadas. É importante frisar que a discussão de resultados limita-se, com o erro que lhe é devido, com as ameaças à validade do estudo, principalmente pelo que foi referido em relação à fiabilidade e validade do instrumento utilizado.

Começando pela primeira hipótese, a maioria dos professores está em linha com a definição da AAMR que nos foi dada a conhecer por Vieira (1996), já que concordam que a deficiência mental poderá ocorrer em qualquer fase do desenvolvimento do cérebro. Não se identificaram diferenças nas respostas por tipo de formação, nem por tempo de experiência, quer na frequência, quer na medida de associação. Relativamente à importância de se conhecerem as causas da deficiência mental para a prevenir, houve predomínio da abstenção, embora Nielsen (1999, p. 49) tenha referido que “apesar da deficiência mental ser permanente e irreversível, há autoridades nesta área que defendem a possibilidade de prevenir a ocorrência de 50% dos casos”. Não se verificaram grandes oscilações na variável tipo de formação, havendo mais diferenças quando comparadas as respostas por tempo de experiência. Mesmo assim, a associação com a experiência não foi significativa. Acerca do papel que têm os fatores genéticos na etiologia da deficiência mental, verificou-se diferença nas opiniões de acordo com o tipo de formação. Os professores com formação de curta duração ou formação em deficiência mental obtida na formação inicial são os que mais próximos estão das ideias apresentadas por Albuquerque (2000), Fonseca (1989), Kirk e Gallagher (1996) Nielsen (1999), entre outros, já que foram os que mais contestaram a ideia de que os fatores genéticos eram os principais causadores da deficiência mental. Do lado da experiência, são os mais experientes que mostram estar mais próximos das ideias dos autores, mas não se verifica associação entre as respostas e o tipo de experiência. No principal causador da deficiência mental, a escolha maioritária recai sobre os fatores genéticos, contrariando as ideias apresentadas por Kirk e Gallagher (1996), quando referiram que deficiência mental ligeira era a mais prevalente, e Albuquerque (2000), quando referiu que 70 a 75% dos casos de deficiência mental ligeira não evidenciam uma etiologia orgânica ou patológica identificável. Foi também no tipo de formação que mais alterações se verificaram nas respostas, tendo sido os professores com formação de longa duração que mais indicaram os fatores ambientais como principais responsáveis pela deficiência mental. Verificou-se associação na opção pelo principal causador da

deficiência mental e o tipo de formação em deficiência mental ( $p=0,002$ ). Não se verificaram grandes diferenças nas respostas consoante a experiência, nem na frequência nem na medida da associação, sendo os fatores ambientais mais apontados pelos professores com experiência até 5 anos na lecionação de alunos com deficiência mental. Para findar o conhecimento sobre as causas da deficiência mental, a maioria dos professores discorda da dissociação entre o ambiente e a deficiência mental, o que, segundo autores como Albuquerque (2000), Andrada (1991) ou Troncoso e Cerro (2004), indica uma posição acertada. Comparando estes resultados com o tipo de formação, verifica-se que a percentagem de opiniões discordantes difere significativamente, sendo o mesmo expresso através da medida de associação, dada pelo teste do Qui Quadrado ( $p=0,036$ ). Verificou-se algo semelhante na variável experiência, onde a percentagem de opiniões discordantes sobe com a experiência na lecionação de alunos com deficiência mental, assim como se verificou existência de associação ( $p=0,020$ ).

Confrontando estes resultados com a hipótese 1, na maioria dos itens que abordaram a temática do conhecimento acerca da deficiência mental houve uma dependência com o tipo de formação, embora, na variável experiência na lecionação de alunos com deficiência mental, a dependência só seja estatisticamente relevante num item. Pode-se então dizer que o conhecimento das causas da deficiência mental varia em função do tipo de formação que os docentes têm sobre deficiência mental.

Relativamente à hipótese 2, a escala relacionada com as características da deficiência mental começou por aferir a importância do QI no diagnóstico da deficiência mental. Para a AMMR, como nos mostrou Morato (1998), a perspectiva psicométrica continua a ser a mais objetiva, apesar dos perigos que daí podem resultar, como foi mostrado por Albuquerque (2000) ou Vieira (1996). Constata-se que a frequência relativa de professores a concordarem com a importância do teste de QI para o diagnóstico é muito similar entre os docentes com formação sobre a problemática, verificando-se independência entre as variáveis. Na experiência, verifica-se que a percentagem das opções concordantes, ou seja, em linha com o que foi defendido pela AAMR, subiu com o tempo de experiência na lecionação de alunos com deficiência mental, verificando-se também dependência entre estas variáveis ( $p=0,010$ ). Quanto à relação entre o ambiente e o diagnóstico da deficiência mental, a esmagadora maioria dos respondentes opõem-se à possibilidade de tal relação, contrariando o que foi sugerido pela OMS (2003), através da CIF, na definição de deficiência mental apresentada. A estatística descritiva mostrou que não houve diferença significativa nas respostas dos grupos analisados, facto comprovado também pela medida de associação que revelou haver independência entre as

variáveis. No conhecimento das características da deficiência mental, verificou-se que a maioria dos respondentes discorda da possibilidade de se identificar uma criança deficiente mental pelas suas características físicas, indo ao encontro das posições apresentadas por Albuquerque (2000), Bautista (1997) ou Nielsen (1999), quando referem que a maioria só é detetada em idade escolar. Os professores com formação em deficiência mental de longa duração são os que mais discordam, mas a medida de associação, dada pelo teste do Qui Quadrado, ficou no limiar da significatividade ( $p=0,054$ ). Do lado da experiência, a maioria também discorda, sem se registarem grandes diferenças nas respostas, nem associação com o tempo de experiência. A maioria dos respondentes discorda que a agressividade seja uma manifestação característica das crianças com deficiência mental. Embora Kirk e Gallagher (1996) tenham referido que tal podia acontecer, não é regra, daí ser correta a opinião da maioria dos respondentes. Não se verificaram diferenças significativas nas respostas nos grupos analisados, nem qualquer dependência entre as variáveis. No que respeita à incidência da deficiência mental nos diversos estratos sociais, a maioria dos professores (60%) considera casual essa incidência, contrariando o que foi referido, por exemplo por Albuquerque (2000), Bautista (1997) ou Kirk e Gallagher (1996), ao mostrar-nos que é nos estratos mais baixos que há mais ocorrência de deficiência mental. Os professores com formação de longa duração são os que estão mais de acordo com os referidos autores e, do lado da experiência, são os professores com experiência até 5 anos na leção de alunos com deficiência mental, sem que se verifique associação entre as variáveis independentes e as respostas ao item.

Em suma, os resultados não vão na direção da hipótese 2, já que só houve associação significativa no primeiro item da escala do conhecimento das características da deficiência mental. Rejeita-se, portanto, que o conhecimento das características da deficiência mental varie em função do tipo de formação em deficiência mental e da experiência dos docentes na leção de alunos com deficiência mental.

Acerca das estratégias de intervenção na deficiência mental, verificou-se que a escola, professores e o ambiente são considerados fatores importantes pela esmagadora maioria dos respondentes, sem haver qualquer associação entre as variáveis. Bastaria lembrar o que referiu Luís Miranda Correia (2005) acerca do currículo, para se verificar a importância que têm os professores no desenho da intervenção, assim como os respondentes parecem estar em sintonia com a OMS (2003), quando apresentou fatores ambientais como eventuais facilitadores ou entraves. A maioria dos respondentes considera que os projetos de futuro de um jovem com deficiência mental deveriam ser considerados nas estratégias intervenção.

A estatística descritiva sugere que esta opinião difere ligeiramente com o tempo de experiência e com o tipo de formação, mas o teste da independência diz-nos que não há associação. Os respondentes, também na sua maioria, consideraram que o aluno deveria ter uma formação orientada para um posto de trabalho específico. Albuquerque (2000) lembrou-nos que o desemprego predomina entre os indivíduos com deficiência mental e Nielsen (1999) frisou que há uma tendência para integrar indivíduos com deficiência mental em profissões não especializadas. Mas o que acontecerá a estes indivíduos que não obtenham emprego na área em que se formaram? Terão oportunidades satisfatórias noutras áreas laborais? São questões como estas que terão levado a uma abstenção de mais de 20%. Foi precisamente na abstenção que houve mais divergência quanto ao tipo de formação e tempo de experiência. Verificou-se que havia independência nas opções sobre o futuro posto de trabalho do aluno com deficiência mental, tanto em relação ao tipo de formação, como em relação ao tempo de experiência na lecionação de alunos com deficiência mental. Relativamente aos fatores que os professores consideravam importantes na delineação das estratégias de intervenção, consultando a estatística descritiva, constata-se que, globalmente, não há grandes diferenças nas escolhas dos respondentes. Contrariando um pouco o que foi dito por Correia (2005), Kirk e Gallagher (1996) ou Vieira (1996), os respondentes consideram o currículo o menos importante dos fatores apresentados. São os professores com formação de longa duração que mais importância dão ao currículo e, do lado da experiência, os professores com experiência até 5 anos na lecionação de alunos com deficiência mental.

Pelo que foi exposto, os resultados aos itens de 11 a 15 não vão na mesma direção da hipótese 3, havendo razões para rejeitar a hipótese que referia que as ideias acerca das estratégias de intervenção na deficiência mental diferiam consoante o tipo formação dos docentes em deficiência mental e da experiência na lecionação de alunos com deficiência mental.

A esmagadora maioria dos respondentes concorda com a importância dos professores terem conhecimentos acerca da deficiência mental. Neste assunto, as maiores diferenças verificaram-se na abstenção que foi mais registada nos professores sem formação ou sem experiência na lecionação de alunos com deficiência mental. De igual modo, a maioria dos professores concorda com o benefício das ações de formação contemplarem a temática, indo no mesmo sentido do que defendeu, por exemplo, Correia (2005), Rodrigues (2001) ou a própria UNESCO (1988 cit. por Sanches). Apesar de concordarem maioritariamente, registou-se dependência entre o tipo de formação e a opinião acerca do benefício das ações de

formação, tal como se verificou associação com o tempo de experiência na leção de alunos com deficiência mental. Quase metade da amostra (46,7%) absteve-se quando questionados se o relatório técnico-pedagógico informava convenientemente acerca da problemática do aluno com deficiência mental. Os professores sem formação e sem experiência eram 62,7% da amostra e aparentemente havia 16% destes (sem formação e sem experiência) que tinham decidido responder, mesmo sem conhecerem a problemática. Mas essa percentagem é ainda maior quando analisados os resultados por grupos, verificando-se que houve quase metade dos professores sem formação e também sem experiência a responder. Verifica-se depois, através das frequências relativas, que quanto maior a experiência na leção de alunos com deficiência mental, mais se concorda com o esclarecimento do RTP, verificando-se associação ( $p=0,011$ ). Relativamente ao tipo de formação, com a estatística descritiva verificam-se algumas diferenças nas respostas, mas com a estatística inferencial verifica-se que a associação ficou no limiar da significatividade. Parecendo contrariar a ideia de Sanches (1996), quando referiu que os professores do ensino regular não estavam à espera de saberem todas as problemáticas que envolviam o caso, mais de metade dos respondentes (60,4%) consideram que conhecer a problemática não deve ser exclusivo do professor de educação especial. Verifica-se, no entanto, que a frequência relativa de professores com esta opinião cresceu com a experiência na leção de alunos com deficiência mental, comprovando-se também a existência de dependência ( $p=0,020$ ). No tipo de formação, as diferenças não foram tão evidentes e a associação não foi significativa. As ações de formação são a forma mais escolhida para melhorar os conhecimentos acerca da deficiência mental, seguida da formação inicial. Verifica-se que os respondentes estão em sintonia com Correia (2005) e Rodrigues (2001) acerca da necessidade de formação contínua nas necessidades educativas especiais. Há, no entanto, 10,8% dos professores, sem grandes diferenças entre os grupos analisados, que referem o RTP como meio ideal para transmitir conhecimento, se este classificar a problemática. Não se verificou qualquer associação entre a forma privilegiada para obter conhecimento sobre a problemática e a variável independente da hipótese 4.

Relativamente à globalidade das opiniões acerca da procura do conhecimento em deficiência mental, verificou-se independência com o tipo de formação em deficiência mental. Por outro lado, verificou-se associação, na maioria dos itens, com a experiência na leção de alunos com esta problemática, fazendo com que estes resultados sigam na mesma direção da hipótese 4. Aceita-se, portanto, que as opiniões acerca da procura do conhecimento na deficiência mental variam de acordo com a experiência na leção de alunos com deficiência mental.



Sobre o papel do professor de educação especial nos casos de deficiência mental, 76,9% concordam que este deveria aproveitar os momentos de alimentação e de higiene como momentos de promoção da aprendizagem, indo ao encontro daquilo que foi defendido por Vieira (1996). Não se verificaram grandes diferenças nas respostas entre os grupos analisados, a não ser na abstenção que foi nula nos professores com mais de 5 anos de experiência na lecionação de alunos com deficiência mental. Acerca do debate lançado por Sanches (1996) e Correia (2005) acerca do papel de consultadoria ou pedagógico do professor de educação especial, a maioria (70,8%) concorda, de alguma forma, que este deveria ter um papel mais pedagógico do que de consultadoria. Os professores aparentam, portanto, estar mais de acordo com as perspectivas apresentadas por Sanches (1996) e Sousa (1998). As maiores diferenças nas frequências relativas observaram-se no tipo de formação, mas não foram significativas em termos de associação, ou seja, há independência em relação ao tipo de formação e à experiência na lecionação de alunos com deficiência mental. Com este estudo, verifica-se que, pelo menos nos casos de deficiência mental, uma parte muito significativa dos professores (80,1%) considera que deveria ser o professor de educação especial a conduzir a intervenção educativa. Isto contraria o decreto-lei n.º 3/2008 ou o seu equivalente nos Açores - Decreto Legislativo Regional n.º 15/2006/A, quando refere que o professor titular de turma ou o diretor de turma é o coordenador do PEI, sendo o principal responsável do processo de intervenção. Apesar dos professores com mais experiência na lecionação de alunos com deficiência mental serem os que estão mais de acordo com a legislação, essa diferença não é significativa e não se verificou associação com a variável experiência. Do lado da formação, é mais evidente que são os professores com formação em deficiência mental de longa duração quem mais de acordo estão com a legislação, verificando-se uma associação significativa, dada pelo Qui Quadrado, entre a opinião do professor de educação de educação especial passar conduzir a intervenção educativa e o tipo de formação ( $p=0,019$ ). A maioria dos professores (55,7%) considera que o professor de educação especial deve classificar a problemática do aluno com deficiência mental perante o diretor de turma, contrariando o que foi defendido, por exemplo, por Fonseca (1989), Sousa (1998) ou a própria CIF (OMS, 2003), talvez por estarem de acordo com os benefícios da classificação referidos por Hobbs (1975 cit. por Kirk e Gallagher, 1996), ao defender que tal situação facilitaria a comunicação entre os profissionais. Os professores com mais experiência na lecionação de alunos com deficiência mental são os que mais discordam das classificações, embora não se tenha verificado associação. Os professores com formação em deficiência mental obtida em formação de longa duração são os que

mais discordam da classificação, verificando-se também que as frequências relativas divergiram de acordo com o tipo de formação, facto comprovado pela medida de associação, dada pelo Qui Quadrado ( $p=0,027$ ). Nas funções do professor de educação especial, só a classificação da deficiência mental foi escolhida por menos de metade dos professores. É precisamente nessa função que se verificam mais diferenças do lado da formação, sendo que os que a obtiveram em formação de longa duração escolheram-na em menor percentagem, com uma diferença superior a 20% em relação aos outros tipos de formação. Do lado da experiência, as maiores diferenças registaram-se na proposta de alterações no currículo e na sugestão de estratégias, sendo essas diferenças, curiosamente, mais incisivas entre os grupos “mais de 5 anos experiência” e “experiência até 5 anos na lecionação de alunos com deficiência mental”, significando que, mesmo nas funções mais divergentes, as frequências relativas dos professores sem experiência estavam mais próximas dos professores com mais de 5 anos de experiência na lecionação de alunos com deficiência mental.

Em suma, as opiniões acerca do papel do professor de educação especial estiveram significativamente associadas com o tipo de formação apenas em 2 itens. Não se verificou que as opiniões estivessem associadas à experiência na lecionação de alunos com deficiência mental, significando que os resultados não vão na mesma direção da hipótese 5. Por essa razão, não se pode aceitar a hipótese que refere que a opinião acerca do papel do professor de educação especial nos casos de deficiência mental difere em função do tipo de formação e da experiência na lecionação de alunos com deficiência mental.

## CONCLUSÕES

É importante que se entendam as conclusões deste estudo como resultado de variáveis específicas, que foram medidas com um instrumento também ele muito específico, ameaçado na sua fiabilidade e validade. Assim, devido ao cariz exploratório do estudo e às suas limitações, os resultados deverão apenas ser entendidos no contexto da amostra em estudo.

Esta investigação procurou conhecer a influência da formação e da experiência nas concepções que os professores tinham acerca da Deficiência Mental. Na fase inicial deste estudo, pensou-se que o tipo de formação em deficiência mental e a experiência na leção de alunos com deficiência mental fossem mais influentes nas concepções dos docentes sobre a problemática. O primeiro sinal de que tal poderia não ser assim ocorreu no pré-teste do questionário, que acabou por apresentar uma baixa fiabilidade. Com a análise das questões efetivas, acabou por verificar-se que, com a relação estabelecida entre as variáveis, não aconteceu aquilo que se previa e que estava plasmado nas hipóteses da investigação. Apesar das limitações, de que se fará referência mais adiante, este estudo permitiu chegar às conclusões que se encontram descritas nos parágrafos seguintes.

Os resultados deste estudo permitem concluir que os professores têm alguns conhecimentos acerca da etiologia da deficiência mental, embora desconheçam, maioritariamente, a possibilidade de prevenção da problemática e o papel decisivo que têm os fatores ambientais na ocorrência da deficiência mental. Ao contrário da experiência na leção de aluno com deficiência mental, o tipo de formação em deficiência mental está associado ao conhecimento da etiologia da deficiência mental.

É possível concluir que a maioria dos docentes não associa as características físicas à deficiência mental, assim como também afastam a agressividade das manifestações características da problemática, estando em linha com o que foi referido no enquadramento teórico. Neste domínio, não se verificou dependência do conhecimento das características da deficiência mental, quer em relação ao tipo de formação em deficiência mental, quer em relação à experiência na leção de alunos com deficiência mental.

As opiniões dos docentes acerca das estratégias de intervenção são independentes do tipo de formação e da experiência na leção de alunos com deficiência mental. Este estudo também conclui que, nas estratégias de intervenção,

os professores consideram importante o papel da escola e dos professores, o ambiente em que o aluno se insere, a sua idade, os seus interesses, os seus projetos de futuro e até a formação para um posto de trabalho específico. Os fatores considerados menos importantes são as sugestões da família e o currículo.

Conclui-se também que os professores, em geral, consideram as ações de formação os meios preferenciais para a obtenção de conhecimento acerca da problemática, embora uma parte considerável considere que a formação inicial deveria assumir também essa responsabilidade. As opiniões acerca da procura de conhecimento estão associadas à experiência na leção de alunos com deficiência mental.

Relativamente à opinião dos professores acerca do papel dos professores de educação especial nos casos de deficiência mental, a maioria considera que este deve ter um papel essencialmente pedagógico, deve explicar e classificar a deficiência mental, aproveitar os momentos de alimentação e higiene do aluno para promoção da aprendizagem, além de propor estratégias, alterações no currículo e ajuda suplementar. Contrariando o que é referido no enquadramento teórico, os professores consideram que o professor de educação especial deveria conduzir a intervenção educativa nos casos de deficiência mental. Em alguns aspetos relacionados com o papel do professor de educação especial houve associação com o tipo de formação em deficiência mental, mas, globalmente, não foi possível demonstrar a existência de dependência.

Em síntese, e voltando à questão de fundo da investigação, conclui-se, com as devidas reservas impostas pelos limites do estudo, que o tipo de formação em deficiência mental exerce influência no conhecimento acerca da etiologia da deficiência mental, enquanto a experiência na leção de alunos com deficiência mental influencia as concepções que os professores têm acerca da procura de conhecimento sobre a problemática. É importante frisar que, apesar destas conclusões, em ambos os casos não quer dizer que uma seja a causa da outra.

## Limites ao estudo

O instrumento de recolha de dados apenas continha questões fechadas e, se contivesse questões abertas, haveria maior possibilidade de averiguar desvios de sentido detetados nas respostas fechadas. Apesar disso, verificou-se pouca procura, por parte dos inquiridos, pelas opções “outras”, tendo estas um campo de resposta aberta. Ao nível da sua fiabilidade, a consistência interna, dada pelo alfa de Cronbach, mesmo depois das retificações ao pré-teste, apresentou valores demasiado baixos. Tal situação poderá dever-se à relação entre as variáveis, que acabou por dar resultados diferentes dos esperados. Relativamente à validade interna, a medida de adequação da amostragem, dada pelo teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), mostrou-se muito baixa, sendo muito pouco recomendável submeter as escalas à análise fatorial. Só três das cinco escalas reuniram as condições mínimas para se proceder à análise dos componentes principais, verificando-se que 3 itens não saturaram no fator que lhe era devido e 3 itens saturaram em mais do que um fator.

A presente investigação teve limitações no que respeita à amostra. A amostragem reuniu características de uma amostra não probabilística, ameaçando a validade externa da investigação. É importante frisar que alguns grupos da amostra, como por exemplo os professores com mais de 5 anos de experiência na leção de alunos com deficiência mental, foram pouco representativos. A estratificação da amostra por níveis de ensino (pré-escolar 12,3%; 1.º ciclo 38,2%; 2.º ciclo 17,0%; 3.º ciclo e secundário 32,6%) tem alguns problemas na proporcionalidade face à população-alvo (pré-escolar 8,4%; 1.º ciclo 20,1%; 2.º ciclo 20,7%; 3.º ciclo e secundário 45,2%), havendo mais divergências no 1.º ciclo e no 3.º ciclo e secundário. Face ao número de elementos da população-alvo, seriam necessários, pelo menos, 279 elementos dessa população para obter um intervalo de confiança de 5%, num nível de confiança de 95%. Para este estudo, os 212 elementos da amostra permitiram um intervalo de confiança de 5,99%, para o nível de confiança de 95%, no pior cenário possível, ou seja, 50%.

Para finalizar este assunto, há que referir que as variáveis tipo de formação em deficiência mental e a experiência na leção de alunos com deficiência mental não serão as únicas que explicam os resultados desta investigação.

## **Linhas futuras de Investigação**

Em futuras investigações, deverão ser reavaliados os itens do questionário, já que se encontraram baixos coeficientes de fiabilidade, longe dos limites considerados aceitáveis, apesar da relação entre as variáveis poder ter levado a resultados inesperados. Um caminho possível poderá passar por se adicionar itens a cada escala para que, mediante o valor do alfa de Cronbach obtido em pré-testes, se decidam os itens a extrair. Por outro lado, a estrutura fatorial colocou em causa a validade de algumas das escalas do estudo, pelo que, em estudos posteriores, será importante que, a par da fiabilidade, se aprofunde o trabalho de validação das escalas.

No caso de se voltar a estudar a influência do tipo de formação e da experiência na lecionação de alunos com deficiência mental, será importante que não se formem grupos pouco representativos, recorrendo, por exemplo, a uma amostragem estratificada.

Apesar dos limites implícitos a este estudo, é perceptível que existem algumas lacunas ao nível do conhecimento de uma problemática que, como nos mostrou Correia (1997), é relativamente comum no âmbito das NEE. Importaria perceber, com mais pormenor, quais as razões que explicam esse desconhecimento. Seria também importante aprofundar o nível de conhecimento que os professores têm acerca da CIF, ao ponto de perceberem que influência esta tem no diagnóstico, na (não) classificação da deficiência mental, na legislação sobre a temática, no relatório técnico-pedagógico, etc.

Constatou-se neste estudo que alguns professores não estabeleceram relação entre o conhecimento das causas e a prevenção da deficiência mental, assim como poucos atribuíram responsabilidade aos fatores ambientais na etiologia da deficiência mental. Dada a importância do assunto, seria também pertinente investigar as perceções que as famílias têm acerca da problemática, podendo-se comparar o estímulo que deram ou dão às suas crianças com a possibilidade de ter ocorrido, ou vir a ocorrer, a problemática da deficiência mental nessas crianças e jovens.

Em suma, este estudo poderá ser melhorado e continuado de maneira a ser estendido, e se possível generalizado, a toda Região Autónoma dos Açores.

## BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque, M. (2000). *A criança com deficiência mental ligeira*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Andrada, M. G. (1991). Encefalopatias de Causa Pré e Perinatal. *IV Encontro Nacional de Educação Especial – Comunicações*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (pp. 43-49).
- Batista, C. e Bridi, F. (2012). Deficiência mental e pesquisa: atualidades e modos de a conhecer. *IX Seminário de pesquisa em Educação da Região Sul*. Recuperado em 05 de março, 2013, de [www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/1866/689](http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/1866/689)
- Bautista, R. (coord.) (1997). *Necessidades educativas especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Campos, A. (2005). Dificuldades de Atenção/Concentração. *Educare.pt – O portal da educação*. Recuperado em 14 de Fevereiro, 2013, de [www.educare.pt/educare/Opinioao.Artigo.aspx?contentid=103762311A263A1FE0440003BA2C8E70&channelid=0&schemaid=&opsel=2](http://www.educare.pt/educare/Opinioao.Artigo.aspx?contentid=103762311A263A1FE0440003BA2C8E70&channelid=0&schemaid=&opsel=2)
- Cardoso, C. (2011). *As percepções dos professores face às dificuldades de aprendizagens específicas: Que práticas face à discalculia* (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Educação Almeida Garret, Lisboa, Portugal.
- Carmo, H. e Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem*. 2.<sup>a</sup> edição. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, E. e Maciel, D. (2003). Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation - AAMR: sistema 2002. *Temas em Psicologia da SBP*, Vol. 11, n.º 2, 147– 156. Recuperado em 04 de março, 2012, de <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/artigo.asp?codigo=180>.
- Carvalho, M. (2011). *As atitudes dos professores face à inclusão de alunos com deficiência – o contacto com a deficiência* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal.

Correia, L. M. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.

Correia, L. M. (2005). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais – Um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

Cunha, L. (2007). *Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Dockrell, J. e McShane, J. (2000). *Crianças com dificuldades de aprendizagem: uma abordagem cognitiva* (A. Negreda, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas (Obra original publicada em 1993).

Filho, D. e Júnior, J. (2010). Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opinião Pública*, Vol. 16, n.º1. Recuperado em 12 de março, 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-62762010000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-62762010000100007&script=sci_arttext).

Fonseca, V. (1989). *Educação Especial – Programa de estimulação precoce*. Lisboa: Editorial Notícias.

Fonseca, V. (1999). *Insucesso Escolar: Uma abordagem psicopedagógica das dificuldades de aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.

Garcia, E. (2011). *O Deficiente Intelectual nos Centros de Atividades Ocupacionais da Região Autónoma da Madeira: inclusão social e autonomia* (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Educação Almeida Garret, Lisboa, Portugal.

Hassamo, M. (2009). *Relação entre crenças, atitudes e práticas pedagógicas de professores na inclusão de alunos com deficiência mental* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

INR (2011). *CIF – Perguntas frequentes*. Recuperado em 02 de março, 2012, de <http://www.inr.pt/>



Kirk, S. e Gallagher, J. (1996). *Educação da criança excecional*. 3.<sup>a</sup> edição. S. Paulo: Ed. Martins Fontes.

Meneses, M. M. (1991). A Educação Especial nos Açores. *IV Encontro Nacional de Educação Especial – Comunicações*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (pp. 311-325).

Morato, P. P. (1998). *Deficiência Mental e Aprendizagem*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Morato, P. P. e Santos, S. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Porto: Porto Editora.

Nielsen, L. B. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula – Um guia para professores* (I. Soares, Trans.). Porto: Porto Editora. (Obra original publicada em 1997).

OMS (2003). *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Pereira, E., Shirahige, E. e Silva, S. (2006). As concepções de deficiência mental e de dificuldade de aprendizagem na visão dos professores do ensino fundamental I. *Mimesis*. Bauru, v. 27, n.º 2, p.11-32.

Ramos, M. (2005). *Sexualidade na diversidade – Atitudes dos pais e técnicos face à afetividade e sexualidade da jovem com Deficiência Mental*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Rodrigues, D. (org.) (2001). *Educação e Diferença: Valores e Práticas para uma Educação Inclusiva*. Porto: Porto Editora.

Sanches, I. (1995). *Professores de Educação Especial – Da Formação às Práticas Educativas*. Porto: Porto Editora.

Sanches, I. (1996). *Necessidades Educativas Especiais e Apoios e Complementos Educativos no Quotidiano do Professor*. Porto: Porto Editora.

Sanches, I. e Teodoro, A. (2007). Procurando indicadores de educação inclusiva: As práticas dos professores de apoio educativo. *Revista Portuguesa de Educação*, n.º 20, pp. 105-149. Recuperado em 9 março, 2012 de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpe/v20n2/v20n2a05.pdf>

Silva, E. (2011). *A perspetiva dos professores sobre o papel da família no processo de inclusão da criança com necessidades educativas especiais* (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Educação Almeida Garret, Lisboa, Portugal.

Sousa, L. (1998). *Crianças (Com)Fundidas Entre a Escola e a Família. Uma perspetiva Sistémica para Alunos com Necessidades Educativas Especiais*. Porto: Porto Editora.

Tetzchner, S. e Martinsen, H. (2000). *Introdução à Comunicação Aumentativa e Alternativa*. Porto: Porto Editora.

Troncoso, M. e Cerro, M. (2004). *Síndrome de Down: Leitura e Escrita – Um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

Vieira, F. D. (1996). *Se houvera quem me ensinara. A educação de pessoas com deficiência mental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

## **Legislação**

Decreto Legislativo Regional n.º 15/2006/A, de 7 de abril – Regime jurídico da educação especial e do apoio educativo.

Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro - define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensino básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo.

Portaria n.º 14/2012 de 26 janeiro de 2012 da Secretaria Regional da Educação e Ciência.

## APÊNDICE

# Questionário

## As concepções dos professores acerca da Deficiência Mental

Exmo(a). Senhor (a) Professor (a), caro (a) colega,

Sou professor na ilha Terceira e encontro-me a frequentar o curso de Mestrado em Ciências da Educação - Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, ministrado pela Escola Superior de Educação João de Deus.

Tem em mãos um questionário que se insere numa investigação com a seguinte temática "As concepções dos professores acerca da deficiência mental". O questionário destina-se aos professores e educadores do ensino público da ilha Terceira.

Lembro-lhe que não existem nem boas nem más respostas. Apenas a sua opinião é importante.

Para que possa levar a bom termo o estudo, careço da sua prestimosa colaboração. Para o efeito basta que seleccione o que melhor corresponde à sua opinião. As respostas são confidenciais e em nada o (a) identificam.

Obrigado pela sua colaboração,

Bruno Melo

**\*Obrigatório**

### Género \*

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

### Idade \*

- ☐ 20 a 29 anos
- ☐ 30 a 39 anos
- ☐ 40 a 50 anos
- ☐ Mais de 50 anos

### Local de trabalho \*

- ☐ EBI Angra do Heroísmo
- ☐ EBI dos Biscoitos
- ☐ EBI Francisco Ferreira Drummond
- ☐ EBI Praia da Vitória
- ☐ EBS Tomás de Borba
- ☐ Escola Secundária Jerónimo E. Andrade
- ☐ Escola Secundária Vitorino Nemésio

### Possui habilitações ao nível de \*

- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Pós-graduação / Especialização
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

### Tempo de serviço \*

- ☐ < de 5 anos
- ☐ De 5 a 10 anos
- ☐ De 11 a 20 anos
- ☐ > de 20 anos

**Nível de ensino em que exerce maioritariamente \***

- ☐ Pré-escolar
- ☐ 1.º ciclo
- ☐ 2.º ciclo
- ☐ 3.º ciclo
- ☐ Secundário

**Onde obteve formação no âmbito da Deficiência Mental? \***

- ☐ Não tenho formação
- ☐ Na formação inicial ou em formação contínua de curta duração (até 50 horas)
- ☐ Formação contínua de longa duração (Pós graduação/Especialização/Mestrado/...)

**Experiência na leção de alunos com Deficiência Mental: \***

- ☐ Não tenho
- ☐ Tenho até 5 anos de experiência na leção de alunos com deficiência mental
- ☐ Tenho mais de 5 anos de experiência na leção de alunos com deficiência mental

## Causas da Deficiência Mental

Relativamente às seguintes afirmações, indique o grau de concordância, utilizando a seguinte escala:

Discordo totalmente - 1;    Discordo - 2;    Nem concordo nem discordo - 3;    Concordo - 4;    Concordo totalmente - 5.

**1. A deficiência mental poderá ocorrer em qualquer fase do desenvolvimento do cérebro. \***

	1	2	3	4	5
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Concordo totalmente

**2. Conhecendo as causas da deficiência mental, pode-se prevenir o desenvolvimento da problemática. \***

	1	2	3	4	5
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Concordo totalmente

**3. Os fatores genéticos são os principais causadores da deficiência mental. \***

	1	2	3	4	5
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Concordo totalmente

**4. A deficiência mental está dissociada do ambiente. \***

	1	2	3	4	5
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Concordo totalmente

**5. Indique aquele que considera ser o principal causador de deficiência mental. \***

- ☐ Fatores genéticos (alterações genéticas ou cromossômicas)
- ☐ Fatores biomédicos (lesões, doenças, desnutrição...)
- ☐ Fatores ambientais (privação social, baixo nível cultural,...)
- ☐ Sem opinião

## Características da Deficiência Mental

Relativamente às seguintes afirmações, indique o grau de concordância, utilizando a seguinte escala:

Discordo totalmente - 1;    Discordo - 2;    Nem concordo nem discordo - 3;    Concordo - 4;    Concordo totalmente - 5.

**6. O teste de Quociente de Inteligência é fundamental no diagnóstico da criança com deficiência mental. \***

	1	2	3	4	5
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Concordo totalmente

7. Uma criança considerada deficiente mental poderá deixar de o ser se mudar de ambiente. \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

8. A criança com deficiência mental pode ser identificada pelas suas características físicas. \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

9. A agressividade é uma manifestação característica das crianças com deficiência mental. \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

10. A deficiência mental atinge as crianças dos estratos sociais mais baixos? \*

☐ Na maioria dos casos

☐ Casualmente

☐ Na minoria dos casos

☐ Sem opinião

☐ Outro:

## Estratégias de intervenção na Deficiência Mental

Relativamente às seguintes afirmações, indique o grau de concordância, utilizando a seguinte escala:

Discordo totalmente - 1;    Discordo - 2;    Nem concordo nem discordo - 3;    Concordo - 4;    Concordo totalmente - 5.

11. A escola e os professores são fatores importantes na delineação da intervenção do aluno com deficiência mental. \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

12. Para as estratégias de intervenção, deve-se ter em conta o ambiente em que o aluno com deficiência mental está inserido. \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

13. Dada a problemática do aluno, os projetos de futuro de um jovem com deficiência mental devem ser desconsiderados na delineação da intervenção educativa. \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

14. O aluno com deficiência mental deverá ter uma formação orientada para um futuro posto de trabalho específico. \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

15. De que devem depender as estratégias de intervenção num aluno com deficiência mental? \*

Pode seleccionar vários itens.

☐ Idade do aluno

☐ Projetos de futuro do aluno

☐ Meio envolvente

☐ Escola e professores

☐ Currículo

☐ Interesses do aluno

☐ Sugestões da família

☐ Outro:

## Procura de conhecimento acerca da deficiência mental

Relativamente às seguintes afirmações, indique o grau de concordância, utilizando a seguinte escala:

Discordo totalmente - 1;    Discordo - 2;    Nem concordo nem discordo - 3;    Concordo - 4;    Concordo totalmente - 5.

**16. É importante que todos os professores tenham conhecimentos acerca da deficiência mental. \***

1    2    3    4    5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

**17. Seria benéfico que as ações de formação contemplassem a temática da deficiência mental. \***

1    2    3    4    5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

**18. O Relatório Técnico-Pedagógico informa convenientemente acerca da problemática do aluno com deficiência mental. \***

1    2    3    4    5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

**19. Os professores de Ensino Especial é que têm obrigação de conhecer a problemática. \***

1    2    3    4    5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

**20. No seu entender, de que forma os professores poderiam saber mais sobre deficiência mental? \***

- ☐ A temática deveria fazer parte da formação inicial de professores
- ☐ A temática deveria ser abordada em ações de formação contínua de curta duração (até 50 horas)
- ☐ Os Relatórios Técnico-Pedagógicos deveriam classificar a problemática
- ☐ O professor de Ensino Especial deveria dar mais informação
- ☐ Sem opinião
- ☐ Outro:

## Papel do professor de Ensino Especial nos casos de Deficiência Mental

Relativamente às seguintes afirmações, indique o grau de concordância, utilizando a seguinte escala:

Discordo totalmente - 1;    Discordo - 2;    Nem concordo nem discordo - 3;    Concordo - 4;    Concordo totalmente - 5.

**21. Nos casos mais graves, o professor de Ensino Especial deve aproveitar os momentos de alimentação e higiene do aluno com deficiência mental para promover momentos de aprendizagem. \***

1    2    3    4    5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

**22. Nos casos de deficiência mental, o papel dos professores de Ensino Especial deve ser mais pedagógico do que de consultadoria. \***

1    2    3    4    5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

**24. O professor de Ensino Especial deve, perante o diretor de turma/professor titular, classificar o aluno com deficiência mental. \***

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

**25. Perante um caso com deficiência mental, o professor de Ensino Especial deve: \***

Pode seleccionar vários itens.

- ☐ Classificar a deficiência mental do aluno
- ☐ Propor alterações ao currículo do aluno
- ☐ Propor alterações ao processo de avaliação do aluno
- ☐ Propor ajuda suplementar e serviços de que o aluno necessite
- ☐ Sugerir estratégias de ensino adequadas
- ☐ Nos casos mais graves, acompanhar o aluno em atividades de alimentação e higiene
- ☐ Outro:

**Enviar**

Nunca envie senhas em formulários do Google.

Tecnologia [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)